

**AMPARO EN REVISIÓN 1064/2019**  
**QUEJOSA Y RECURRENTE: \*\*\*\*\***

**Vo.Bo.**  
**Señora Ministra**

**PONENTE: MINISTRA NORMA LUCÍA PIÑA HERNÁNDEZ.**

**SECRETARIOS: NATALIA REYES HEROLES Y ANTONIO CONTRERAS ARELLANO.**

En atención lo dispuesto en el artículo 73, segundo párrafo de la Ley de Amparo, así como en la jurisprudencia de rubro: **“PROYECTOS DE RESOLUCIÓN DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN Y DE LOS TRIBUNALES COLEGIADOS DE CIRCUITO. SÓLO DEBEN PUBLICARSE AQUELLOS EN LOS QUE SE ANALICE LA CONSTITUCIONALIDAD O LA CONVENCIONALIDAD DE UNA NORMA GENERAL, O BIEN, SE REALICE LA INTERPRETACIÓN DIRECTA DE UN PRECEPTO CONSTITUCIONAL O DE UN TRATADO INTERNACIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS.”**, a continuación se hace público el fragmento del proyecto de sentencia del Amparo en Revisión 1064/2019, en el cual se realiza el estudio de constitucionalidad respectivo:

- 66. OCTAVO. Estudio de fondo.** Con fundamento en el artículo 93, fracciones I y V de la Ley de Amparo, esta Suprema Corte de Justicia de la Nación reasume su jurisdicción para analiza los conceptos de violación expresados por la quejosa.
- 67.** La quejosa recurrente (en adelante S.E.) *esencialmente* refiere haber sido víctima de *esterilización forzada* y de tratos crueles, inhumanos y degradantes en su parto y postparto como una forma de violencia de género, traducida también en violencia obstétrica en contravención a su derecho fundamental a la salud, a la integridad personal, a la libertad y

autonomía reproductiva, a determinar su proyecto de vida, a una vida libre de violencia y a la información en el acceso a los servicios de salud reproductiva.

68. Como se desarrollará más adelante, esta Primera Sala advierte que se actualiza una situación de especial vulnerabilidad y asimetría de poder en relación con la quejosa recurrente — que aduce ser víctima de violencia de género, específicamente, víctima de violencia obstétrica— que exige a esta Primera Sala *juzgar con perspectiva de género* respondiendo a las obligaciones nacionales e internacionales del Estado Mexicano para combatir la discriminación en contra de las mujeres mexicanas.
69. Adicionalmente, el análisis deberá emprenderse aplicando la *suplencia de la queja* en términos del artículo 79, fracción VII, de la Ley de Amparo<sup>1</sup>, porque —como se demostrará— las mujeres en la prestación de servicios reproductivos, particularmente en la atención del parto y post parto, se colocan en una especial situación de vulnerabilidad derivada, no solo de su salud física y emocional, sino también de la asimetría de poder frente al personal médico — *y a veces, de todo un sistema ineficiente de prestación de servicios de salud*— que las coloca en una posición de subordinación e inferioridad; hecho que, en consecuencia, las ubica en una condición de marginación en clara desventaja social para su defensa en el juicio. Lo anterior, se *insiste*, obliga a los jueces constitucionales a suplir la queja deficiente, en términos de la fracción citada.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> **Artículo 79.** La autoridad que conozca del juicio de amparo deberá suplir la deficiencia de los conceptos de violación o agravios, en los casos siguientes:

(...)

**VII.** En cualquier materia, en favor de quienes por sus condiciones de pobreza o marginación se encuentren en clara desventaja social para su defensa en el juicio.

(...)

<sup>2</sup> La marginación social a la que alude dicha porción normativa, se constituye como un elemento por el cual se visibiliza la desventaja social en la que pudiera estar quien acude al Juez de amparo para hacer valer sus derechos; dicha marginación no implica que sea sólo ese elemento el que revele una desventaja social que es la que, en el fondo, se mandata que deba ser contrarrestada por el juzgador con base en esta figura procesal, a fin de que el proceso se adapte a la situación

70. Hecha esta precisión, la litis constitucional en este asunto consistirá, primero, en determinar si efectivamente existió alguna violación o ilegalidad en el otorgamiento del consentimiento informado firmado por la quejosa para practicarle un método de anticoncepción permanente como la la Obstrucción Tubárica Bilateral (en adelante “OTB”).
71. En caso de que se confirme tal hipótesis, esta Primera Sala habrá de definir si la ausencia del consentimiento informado en la práctica de una OTB es suficiente para considerar que se trató de una *esterilización femenina no consentida* como una forma de violencia de género, violencia obstétrica y de tortura o de tratos crueles e inhumanos. Además, esta Suprema Corte deberá analizar si el proceder del personal médico, durante la etapa de parto y postparto, actualiza *otra* forma de violencia obstétrica.
72. Para resolver dicha cuestión es preciso desarrollar la sentencia en dos apartados: En el **Apartado A** se expondrán algunas aproximaciones teóricas en relación con los siguientes temas: I. Consideraciones previas; II. Derechos involucrados; 1. Derecho a la salud; 2. Consentimiento informado y acceso a la información en materia de salud; 3. Delimitación del término esterilización femenina no consentida; 4. Violencia obstétrica constituye violencia de género.
73. En el **Apartado B**, se resolverá el caso concreto a partir de lo siguiente: I. Análisis de la consecuencia de la práctica de la OTB; y, II. Análisis de los restantes conceptos de violación.

## Apartado A

### I. Consideraciones previas

---

de vulnerabilidad que pueda presentar quien acude al juicio y se remuevan los obstáculos para darle un acceso a la justicia y una tutela judicial efectivos, fin último que persigue dicha norma y debe orientar su interpretación.

74. La violencia obstétrica, como una forma de violencia específica contra las mujeres y personas gestantes en el ámbito de la salud reproductiva, es un fenómeno que requiere de la especial atención de este Máximo Tribunal. Como se advierte del *amicus curiae* presentado por GIRE no existe en nuestro país un consenso sobre la definición misma de la violencia obstétrica y, consecuentemente, todavía resulta particularmente complejo definir aquellas conductas que constituyen esta forma de violencia.
75. La violencia obstétrica se invisibiliza ante las prácticas arraigadas en los servicios de atención a la salud reproductiva para las mujeres y personas gestantes que se desenvuelven en un contexto más general de violencia estructural contra las mujeres; sin embargo, esta Primera Sala advierte que, tanto a nivel nacional como internacional, diversas organizaciones han demostrado que este fenómeno es —desafortunadamente— generalizado y sistemático.
76. En México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH) revela que 33.4% de las mujeres mexicanas refirieron haber sufrido maltrato por quienes las atendieron en su parto; siendo las manifestaciones más comunes de la violencia obstétrica: gritos o regaños (34.44%); ignorar a las usuarias (33.11%), presión para aceptar un método anticonceptivo o esterilización (30.9%) y forzarlas a que adopten posiciones incómodas durante el parto (30.83%). Se señala que 13.95% de las mujeres reportaron que les colocaron métodos anticonceptivos o las esterilizaron sin preguntarles o avisarles y 30.9% manifestaron haber sido presionadas para aceptar la anticoncepción o esterilización.
77. El Comité CEDAW, en sus observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México respecto al cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación sobre todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en el rubro de salud, manifestó su preocupación por las denuncias de actos de

violencia obstétrica por parte del personal médico durante el parto, así como las denuncias de esterilización forzada de mujeres y niñas. También se refirió al acceso limitado a los servicios de salud reproductiva.

78. Frente a esta realidad, deviene indispensable que, ante planteamientos relacionados con la vulneración de los diversos derechos que se involucran en los servicios de salud reproductiva —a la vida, a la protección de la salud, a la libertad y autonomía, a una vida libre de violencia, a la información, a la integridad personal y a la no discriminación— este Máximo Tribunal los aborde, como se dijo ya, con perspectiva de derechos humanos, específicamente, con perspectiva de género.
79. La única forma de visibilizar el maltrato y la violencia que sufren las mujeres y las personas gestantes ante la prestación de servicios reproductivos es *de-construyendo* los diversos estereotipos que permean, y definen, el ejercicio de derechos en este ámbito; en particular, se ha de cuestionar el modelo hegemónico de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio que conlleva una asimetría de poder que coloca a las mujeres en una posición de subordinación e inferioridad frente los médicos vulnerando sus derechos humanos.
80. Esta Primera Sala advierte el importante avance que en materia de violencia obstétrica, específicamente, de esterilizaciones forzadas y no consentidas, ha habido, tanto en tribunales internacionales como organismos y mecanismos internacionales de protección de derechos humanos, por lo que para la resolución del presente asunto se retomará lo ya avanzado, en el entendimiento de que el ejercicio de los derechos de las mujeres y personas gestantes frente a la prestación de servicios reproductivos se rige por el *corpus iuris* internacional de los derechos humanos.

## II. Derechos involucrados

**1. Derecho a la salud.**

- 81.** El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Asimismo, la salud es un derecho humano reconocido en diversas disposiciones convencionales. En los artículos 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos,<sup>3</sup> 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>4</sup> y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>5</sup>, así como en

---

<sup>3</sup> **Artículo 25**

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

<sup>4</sup> **Artículo 12**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

<sup>5</sup> **Artículo 10**

Derecho a la salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

diversas disposiciones de la Ley General de Salud<sup>6</sup> y demás normatividad secundaria aplicable.

- 82.** Es criterio de esta Primera Sala que el contenido del derecho humano a la salud se orienta por las interpretaciones de los organismos internacionales de derechos humanos en la materia, formando una *unidad normativa*.<sup>7</sup>
- 83.** Se ha precisado que ese derecho no sólo entraña el bienestar físico de las personas, sino también el mental y social para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como a la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida.
- 84.** En ese sentido, tanto el Tribunal Pleno, como las Salas de esta Suprema Corte, han reiterado que la protección del derecho a la salud impone para el Estado tres tipos de obligaciones: deberes de respeto, de promoción y de

---

<sup>6</sup> ARTICULO 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: (REFORMADA, D.O.F. 14 DE ENERO DE 2013)

I.- El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

(REFORMADO [N. DE E. ESTE PÁRRAFO], D.O.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2019)

V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

(ADICIONADO, D.O.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2019)

Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;

(REFORMADA, D.O.F. 8 DE NOVIEMBRE DE 2019)

VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;

(REFORMADA, D.O.F. 8 DE NOVIEMBRE DE 2019)

VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y

(ADICIONADA, D.O.F. 8 DE NOVIEMBRE DE 2019)

VIII.- La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

<sup>7</sup> Amparo en revisión 1388/2015, resuelto en sesión de 15 de mayo de 2019, por unanimidad de 5 votos de los Ministros Piña Hernández y Aguilar Morales, quienes se reservaron el derecho a formular voto concurrente; Pardo Rebolledo, Gutiérrez Ortiz Mena (ponente) y González Alcántara Carrancá, quien se reservó el derecho a formular voto concurrente.

garantía de su cumplimiento; por ende, es justiciable en distintas dimensiones de actividad.<sup>8</sup>

85. Así, se ha dicho que en su esencia, el derecho a la salud consiste en “(...) *la posibilidad de las personas de disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud, por lo que el Estado Mexicano tiene la obligación de respetar ese derecho y darle una efectividad real, garantizando servicios médicos en condiciones de: disponibilidad y accesibilidad, física y económica; así como el acceso a la información, aceptabilidad y calidad*”.<sup>9</sup>
86. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Corte Interamericana”) ha establecido que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, por lo que éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, que son particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”; y es por eso que el Estado debe regular y fiscalizar toda la asistencia de salud

---

<sup>8</sup> Tesis aislada XVI/2011 de este Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, visible en la página 29 del Tomo XXXIV (agosto de 2011) del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, de rubro: “**DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN.**”

En el mismo sentido se han pronunciado las Salas, entre otros, en el Amparo en revisión 584/2013, resuelto por la Primera Sala en sesión de 5 de noviembre de 2014, por unanimidad de cinco votos, bajo la ponencia de la Ministra Olga Sánchez Cordero. Amparo en revisión 173/2008, resuelto por la Primera Sala en sesión de 30 de abril de 2008, por unanimidad de votos, bajo la Ponencia del Ministro José Ramón Cossío. Amparo en revisión 378/2014, resuelto por la Segunda Sala en sesión de 12 de noviembre de 2014, por mayoría de tres votos, bajo la Ponencia del Ministro Alberto Pérez Dayán, y el Amparo en Revisión 1388/2015 Op.Cit.

Asimismo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Ver, por ejemplo, Corte IDH. Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246

<sup>9</sup> Entre otros, Amparo en Revisión 584/2013, Amparo Directo 51/2013, y Amparo Directo en Revisión 8253/2019, fallados por esta Primera Sala, el primero, el cinco de noviembre de dos mil catorce por unanimidad de cinco votos, el segundo, el dos de diciembre de dos mil quince, por unanimidad de cuatro votos, y el tercero, el trece de enero de dos mil veintiuno, por unanimidad de cinco votos. En todos ellos, siguiendo las orientaciones del Comité DESC respecto de la interpretación del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.



prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado.<sup>10</sup>

- 87.** En relación con ello, desde la resolución del amparo en revisión 117/2012, esta Primera Sala señaló que del artículo 4º constitucional derivan deberes tanto para los poderes públicos dentro del Estado, desde el legislador y la administración, hospitales públicos y su personal médico, hasta los tribunales; pero también a los particulares, tales como los médicos, hospitales privados, empleadores y administradores de fondos de pensiones y jubilaciones. Por lo que el derecho a la salud —además de ser oponible a las instituciones del Estado— tiene eficacia en las relaciones entre particulares, en las que trasciende el derecho privado y se rige también por el derecho público.<sup>11</sup>
- 88.** La relación entre el derecho a una vida digna y la salud, ha sido abordada por la Corte Interamericana —retomando los criterios de diversos Comités de Naciones Unidas— que han sostenido que el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a condiciones que le garanticen una existencia digna, incluido el cuidado de la salud. En este sentido, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieren para que no se

---

<sup>10</sup> Amparo en Revisión 584/2013, párrafos 171 y 172, apoyado en Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006, Serie C No. 149, párrafo 89; y Amparo Directo en Revisión 51/2013, párrafo 92.

<sup>11</sup> Época: Décima Época; Registro: 2002501; Instancia: Primera Sala; Tipo de Tesis: Aislada; Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1; Materia(s): Constitucional; Tesis: 1a. XXIII/2013 (10a.); Página: 626. De rubro: "DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. IMPONE DEBERES TANTO A LOS PODERES PÚBLICOS COMO A LOS PARTICULARES QU SE DEDICAN AL ÁMBITO DE LA SALUD.

produzcan violaciones de ese derecho y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.<sup>12</sup>

### 1.1 Derecho a la salud sexual y reproductiva.

89. Respecto a la salud en materia de derechos reproductivos, y particularmente en lo concerniente a la planificación familiar, el artículo 4º constitucional en su párrafo segundo, establece que *“toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.
90. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en su Observación General 14,<sup>13</sup> destacó que el derecho a la salud entraña libertades y derechos, libertades como las de controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluida la libertad sexual y genésica.<sup>14</sup> En ese sentido, señaló que la salud es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la misma, entre otros, el acceso a la educación e

---

<sup>12</sup> Cfr. inter alia, Corte IDH. Caso García Ibarra y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 17 de noviembre de 2015. Serie C No. 306. Corte IDH. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala, op. cit., Corte IDH. Caso “Instituto de Reeducción del Menor” Vs. Paraguay, op. cit. Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay, op. cit., Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay, op. cit. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay, op. cit., Corte IDH. Caso “Instituto de Reeducción del Menor” Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112. Corte IDH. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63. PARRA, Oscar, “La Protección del derecho a la salud a través de casos contenciosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos”, en Laura Clérico, Liliana Ronconi y Martín Aldao (coords.), Tratado de Derecho a la Salud, Buenos Aires, Abeledo Perrot, pp. 761-800.

<sup>13</sup> Observación General Nº 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Párrafos 8, 11 y 14.

<sup>14</sup> La salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, **y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección**, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto. Nota a pie 12, de la citada observación general.

información sobre las cuestiones relacionadas con la salud, incluida la sexual y reproductiva.

- 91.** Por ello, precisó que el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales debe interpretarse en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.
- 92.** En la misma línea, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer establece la obligación a cargo de los Estados de eliminar la discriminación contra la mujer y asegurarle el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad, esto, entre otros, a través del acceso a material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia —artículo 10 h)—.
- 93.** Esta Convención también prevé —artículo 12— que los Estados habrán de eliminar la discriminación contra la mujer, específicamente, en la esfera de la atención médica, esto, haciendo especial énfasis en los servicios de planificación familiar. Expresamente se regula que se habrá de garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. Finalmente, cabe resaltar que se determina —artículo 16— la obligación a cargo de los Estados de garantizar que no exista discriminación en el ejercicio de los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la

información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

94. El Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, desde su Recomendación General 24 (02/02/99) sobre “La Mujer y la Salud”, al referirse al artículo 12 de la citada convención, destacó que la atención a la salud, incluida la reproductiva, es un derecho básico cuyo cumplimiento por los Estados Parte es de capital importancia para el bienestar de las mujeres y su acceso al mayor nivel posible de salud.
95. En lo que interesa resaltar, el Comité hizo hincapié en el deber de asegurar a las mujeres el acceso a los servicios de atención médica, información y educación en condiciones de igualdad; y en que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, por lo que se debe garantizar, entre otros, el derecho de las mujeres a ser plenamente informadas, por personal debidamente capacitado, sobre sus opciones al aceptar un tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y sus opciones disponibles.
96. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha precisado que la salud sexual y reproductiva constituye una expresión de la salud que tiene particulares implicaciones para las mujeres por su capacidad biológica de embarazo y parto. Por una parte, se relaciona con la autonomía y libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación; y por otra parte, tiene conexión con el acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de

forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos.<sup>15</sup>

97. En la misma línea, la Ley General de Salud también reconoce que el derecho a la protección de la salud comprende servicios básicos de atención materno infantil y de salud sexual y reproductiva.<sup>16</sup> Se regula el deber de informar sobre métodos anticonceptivos, y se reconoce que los servicios de salud sexual y reproductiva constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.<sup>17</sup>

## 2. Consentimiento informado y acceso a la información en materia de salud.

98. El derecho de acceso a la información en la prestación de servicios médicos y el consentimiento informado, son *instrumentos esenciales* para la satisfacción de otros derechos como la libertad personal, la auto-disposición sobre el propio cuerpo, la integridad personal, la autonomía, la salud sexual

---

<sup>15</sup> Véase sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 30 de noviembre de 2016 (excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas) Caso I.V. vs Bolivia, párrafos 155, 157 a 159, 161 y 163.

<sup>16</sup> ARTICULO 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

(..)

IV.- La atención materno-infantil;

(REFORMADA, D.O.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2019)

V.- La salud sexual y reproductiva;

(...)"

<sup>17</sup> ARTICULO 67.- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

y reproductiva, el derecho a decidir libremente sobre la maternidad y la familia, entre otros.<sup>18</sup>

- 99.** Es criterio de esta Primera Sala que el consentimiento informado es una consecuencia necesaria o explicitación de los derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia; se ha conceptualizado como el *derecho del paciente* de otorgar o no su consentimiento válidamente informado para la realización de tratamientos o procedimientos médicos.<sup>19</sup>
- 100.** La Corte Interamericana entiende al consentimiento informado del paciente como una condición *sine qua non* para la práctica médica, el cual se basa en su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia, a decir de este Tribunal Internacional el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona.<sup>20</sup>
- 101.** El derecho de acceso a la información en el ámbito de la salud protege así el derecho de las y los pacientes a recibir previa y oficiosamente información relevante y comprensible para estar en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentales respecto de aspectos íntimos de su salud, cuerpo y personalidad. Ante este derecho se actualiza la correlativa obligación del personal de salud de recabar el consentimiento informado, bajo los cuatro elementos necesarios para poder hablar de un consentimiento informado conforme al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, estos

---

<sup>18</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Contradicción de tesis 93/2011

<sup>19</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación. Registro digital: 2001271. Instancia: Primera Sala. Décima Época

Materias(s): Constitucional. Tesis: 1a. XLIII/2012 (10a.). Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XI, Agosto de 2012, Tomo 1, página 478. Tipo: Aislada. **CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERECHO FUNDAMENTAL DE LOS PACIENTES.**

<sup>20</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 159.

elementos son: su carácter previo, libre, pleno e informado, ante cualquier intervención en materia de salud.<sup>21</sup>

- 102.** El consentimiento informado, ante la realización de cualquier práctica médica, es una obligación a cargo de los Estados indispensable para garantizar los derechos humanos de los pacientes;<sup>22</sup> el consentimiento informado se fundamenta en la autonomía y la autodeterminación del individuo y, consecuentemente, garantiza su dignidad y libertad.
- 103.** A partir de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, esta Sala ha interpretado que el consentimiento informado cumple con una doble finalidad; por un lado, constituye *la autorización* de una persona de someterse a un tratamiento médico que pudiera incidir en su integridad física, salud, vida o libertad de conciencia, y por el otro, es una forma de *cumplimiento del deber* a cargo de los médicos de informar al paciente sobre su diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento así como las implicaciones o consecuencias del mismo.<sup>23</sup>
- 104.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General No. 14, párrafo 8, ha reconocido que la salud, en franca interdependencia con la integridad personal, no solo abarca el acceso a los servicios de salud y no debe limitarse como un derecho a estar sano, **sino también conlleva la libertad de cada individuo de controlar su salud y su cuerpo con inclusión de la libertad sexual y genésica; aquí se hace patente la conexión entre la integridad física y psicológica**, que implica la obligación a cargo de los Estados de garantizar que las decisiones y elecciones sobre la salud sean libres y responsables,

---

<sup>21</sup>Ídem, párr. 175.

<sup>22</sup>Ídem, párr. 164.

<sup>23</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación. Registro digital: 2012107. Instancia: Primera Sala. Décima Época. Materias(s): Constitucional. Tesis: 1a. CXCVII/2016 (10a.). Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 32, Julio de 2016, Tomo I, página 314. Tipo: Aislada. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SUS FINALIDADES Y SUPUESTOS NORMATIVOS DE SU EXCEPCIÓN.

Al mismo tiempo, garantizar el acceso a la información relevante para que las personas estén en condiciones de tomar estas decisiones de manera informada sobre su cuerpo y salud, de acuerdo a su propio plan de existencia.<sup>24</sup>

- 105.** En esta línea de respeto absoluto por la autonomía de las personas, la Corte Interamericana define al consentimiento informado como una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible; implica un mecanismo bidireccional de interacción en la relación médico paciente pues éste participa de manera activa en la toma de decisión alejándose así de una actitud paternalista de la medicina.<sup>25</sup>
- 106.** Esta Sala ha reconocido también que la relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad ha sufrido importantes cambios en los últimos años, por lo que, aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, debe hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía de éste, reconociendo su derecho a la autodeterminación para tomar decisiones libremente sobre su persona.<sup>26</sup>
- 107.** En este contexto, esta Primera Sala ha retomado la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos con el objetivo de resaltar la necesidad de orientar la actuación de los individuos y de las instituciones para promover la dignidad humana, así como la aplicación del conocimiento

---

<sup>24</sup> El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14. (General Comments), párr. 8.

<sup>25</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 166.

<sup>26</sup> Suprema Corte de Justicia, Primera Sala, amparos directos 42/2012, 43/2012, 44/2012 y 45/2012.



científico en la práctica médica en beneficio de los pacientes para reducir al máximo los efectos nocivos. En el mismo tenor, esta Sala se orientó por el “Convenio de Oviedo”<sup>27</sup> para advertir que ninguna intervención en una persona puede llevarse a cabo sin su consentimiento informado, entendiendo “intervención” en su más amplio sentido, es decir, comprendiendo los actos médicos, especialmente las intervenciones practicadas con fines preventivos, diagnósticos, de tratamiento, rehabilitadores o de investigación.

**108.** Esta Primera Sala ha razonado que, como mínimo y dependiendo del caso concreto, el otorgamiento de información para cumplir con el deber de informar, consiste en el estado de salud del paciente, el diagnóstico de su padecimiento, el tratamiento o intervenciones necesarias para tratar el mismo y sus alternativas, así como los riesgos inherentes y los efectos que pueden tener dichos tratamientos o intervenciones. Se ha precisado que este deber de informar, no se agota en una etapa en específico, pues atendiendo a las circunstancias de cada caso, la información deberá de ser continuada, verdadera, comprensible y explícita.<sup>28</sup>

**109.** En cuanto a *la forma* para el otorgamiento de un consentimiento informado, se ha destacado que el mismo deberá cumplir con los requisitos de la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En específico, se ha precisado que los artículos 80 y 81 del Reglamento referido,<sup>29</sup> establecen

---

<sup>27</sup> Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina.

<sup>28</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación. Registro digital: 2012509. Instancia: Primera Sala. Décima Época

Materias(s): Constitucional. Tesis: 1a. CCXXV/2016 (10a.). Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 34, Septiembre de 2016, Tomo I, página 507. Tipo: Aislada. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. CONTENIDO DEL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA.**

<sup>29</sup> ARTICULO 80.- En todo hospital y siempre que el estado del usuario lo permita, deberá recabarse a su ingreso su autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios para llegar a un diagnóstico o

que, al ingresar a un hospital, *siempre que el estado del usuario lo permita*, se debe recabar *autorización escrita y firmada* por parte del paciente a fin de practicarle, con fines de diagnóstico y terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios.<sup>30</sup>

**110.** Se ha interpretado que conforme con los artículos 51 bis de la Ley General de Salud, y 81 del citado reglamento, las *excepciones* a la exigencia de recabar el consentimiento informado, serán las relativas a los casos en que el paciente se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente, y la autorización corresponda otorgarla al familiar que lo acompañe o a su representante legal, así como los casos de urgencia en que, no estando alguno de ellos, los médicos pueden actuar dejando constancia en el expediente clínico.<sup>31</sup>

**111.** Esta Sala ha aclarado que, si el consentimiento informado no cumple con los requisitos básicos para que sea considerado válido, por la existencia de vicios en el mismo, no se tendrá como tal, porque con ello se trastoca el derecho a la salud contemplado en el artículo 4º constitucional, pues un consentimiento informado deficiente es, per se, una mala praxis médica.<sup>32</sup> Yendo más allá, no existe duda en que de igual forma, se deben cumplir los requisitos marcados por el *corpus iuris* del derecho internacional de los

---

para atender el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Una vez que el usuario cuente con un diagnóstico, se expresará de manera clara y precisa el tipo de padecimiento de que se trate y sus posibles tratamientos, riesgos y secuelas.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

ARTICULO 81.- En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico"

<sup>30</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Amparo Directo 51/2013.

<sup>31</sup> Ídem

<sup>32</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Amparo Directo en Revisión 2162/2014

derechos humanos desarrollados a lo largo de la presente resolución, para poder hablar de un verdadero consentimiento informado.

**2.1. Consentimiento informado en métodos de anticoncepción permanente.**

**112.** Esta Sala abordará, a continuación, el consentimiento informado como derecho humano y salvaguarda de la violencia obstétrica, particularmente, frente a métodos de anticoncepción permanente.

**113.** El consentimiento informado respecto de una intervención médica con consecuencias permanentes,<sup>33</sup> como la obstrucción tubárica bilateral, reviste características particulares, pues se vincula con la esfera de autonomía y vida privada de las mujeres que tienen derecho a elegir libremente los planes de vida que consideren más apropiados. En particular, en términos del artículo 4º constitucional, a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

**114.** La Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el *Caso I.V. vs Bolivia*, determinaron que **al constituir la ligadura de trompas un método anticonceptivo permanente, los controles para asegurar el consentimiento libre e informado, deberían ser más estrictos.**<sup>34</sup>

**115.** El consentimiento informado para la práctica de métodos de anticoncepción femenina que implican la pérdida permanente de su capacidad reproductiva, protege no sólo el derecho de las mujeres como pacientes a decidir libremente si desean someterse a un acto médico o no, sino también, resulta en un instrumento fundamental para garantizar su dignidad, su

---

<sup>33</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria->

<sup>34</sup>Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 122.

libertad, e integridad personal, su salud sexual y reproductiva, su vida privada y familiar, y su derecho a fundar una familia.<sup>35</sup>

- 116.** La Corte Interamericana de Derechos Humanos en el *Caso I.V. vs Bolivia*, consideró que el consentimiento informado consiste en una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo. El consentimiento informado es la decisión positiva de someterse a un acto médico, derivada de un proceso de decisión o elección previo, pleno, libre e informado, el cual constituye un mecanismo bidireccional de interacción en la relación médico-paciente, por medio del cual el paciente participa activamente en la toma de decisión, alejándose con ello de la visión paternalista de la medicina, centrándose más bien, en la autonomía individual.<sup>36</sup>
- 117.** Esta regla no sólo consiste en un acto de aceptación, sino es el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los elementos para que sea considerado válido, es decir, debe ser: previo, libre, pleno e informado<sup>37</sup>. Esto quedó determinado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos desde el año 1999 en Eslovaquia<sup>38</sup> y en nuestra región desde el caso *I.V. vs Bolivia*, es decir, 2016.
- 118.** Progresivamente se ha ido construyendo un consenso entre los diversos tribunales internacionales, ante la diversidad de casos de esterilización

---

<sup>35</sup> Ídem, párr. 165

<sup>36</sup> Ídem, párr. 166.

<sup>37</sup> Ídem, párr. 166.

<sup>38</sup> TEDH, Caso V.C. Vs. Eslovaquia, No. 18968/07. Sentencia de 8 de noviembre de 2011; Caso N.B. Vs. Eslovaquia, No. 29518/10. Sentencia de 12 de junio de 2012, y Caso I.G., M.K. y R.H. Vs. Eslovaquia, No. 15966/04. Sentencia de 13 de noviembre de 2012 (expediente de prueba, tomo VIII, anexos 26, 27 y 28 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folios 2474 a 2577).

femenina no consentida, determinando que por su gravedad e implicaciones, el consentimiento informado debe cumplir con los estándares del consentimiento para actos médicos en general, **pero además, se le debe revestir con ciertas características específicas.**

**119.** Es importante señalar previamente que, dentro del contexto del sistema interamericano de protección de los derechos humanos, no se cuenta con una norma convencional en materia de bioética y derechos humanos en la región que desarrolle el alcance y contenido de dichas reglas. Por esta razón, el *corpus juris* del consentimiento, se sustenta -como bien lo señala la Corte IDH- en: declaraciones internacionales, guías, opiniones de comités médicos expertos, directrices, criterios y otros pronunciamientos autorizados de órganos especializados en la temática como lo son la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Asociación Médica Mundial, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, los órganos de los tratados de las Naciones Unidas, el Consejo de Europa, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, entre otros.<sup>39</sup>

#### **2.1.1. Carácter previo del consentimiento:**

**120.** El primer elemento del consentimiento informado, es su carácter **previo**. El *corpus iuris* de derechos humanos ha sido claro al señalar en múltiples precedentes que una esterilización permanente como la OTB no puede ser caracterizada como un procedimiento de urgencia, o de emergencia de daño inminente, para efecto de actualizar la excepción de que el personal médico actúe sin consentimiento informado.<sup>40</sup> El carácter previo, implica, que siempre debe ser otorgado antes de cualquier acto médico. Esto ha

---

<sup>39</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 168.

<sup>40</sup> V.C. c. Eslovaquia, núm. 18968/07, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012), N.B. c. Eslovaquia, núm. 29518/10, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012) e I.G. y otros c. Eslovaquia, demanda núm. 15966/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012).

sido recogido, o se entiende implícito, en todos los instrumentos internacionales que regulan la materia.<sup>41</sup>

**121. En relación con la ligadura de las trompas de Falopio, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, resaltó en el Caso I.V. vs Bolivia, que esta intervención quirúrgica, cuyo propósito es prevenir un embarazo futuro, no puede ser caracterizada como un procedimiento de urgencia o emergencia de daño inminente, de modo tal que esta excepción no es aplicable.**<sup>42</sup>

**122.** En el mismo sentido esto ya había quedado precisado desde las consideraciones éticas sobre la esterilización de 2011 de la FIGO y la Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas, quienes determinaron que, aún si un futuro embarazo pusiera en riesgo la vida y salud de la mujer, ella no quedará embarazada inmediatamente, por lo que la medida puede ser tomada con posterioridad. **Por lo que en definitiva la esterilización no constituye un procedimiento de emergencia médica.**<sup>43</sup>

### **2.1.2. Carácter libre del consentimiento:**

**123.** El segundo elemento es el carácter **libre** del consentimiento informado. A la luz de la autonomía y la libertad de la mujer para tomar decisiones en relación con tener o no tener hijos, **sólo será la mujer la persona facultada para brindar consentimiento en casos de esterilizaciones permanentes**

---

<sup>41</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 176.

<sup>42</sup> Ídem, párr. 176 – 180.

<sup>43</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 178.

**y no terceras personas**; no se deberá solicitar el consentimiento de la pareja, ni de ninguna otra persona para realizar el procedimiento.<sup>44</sup>

124. Además, **sólo podrá considerarse que el consentimiento es libre, si la mujer lo otorga en condiciones adecuadas para tomar una decisión plenamente informada, lo que excluye cualquier situación de estrés o vulnerabilidad como durante el parto o inmediatamente después del parto o cesárea** o cualquier situación en la que existan factores físicos o emocionales que puedan limitar la capacidad de la mujer de tomar una decisión informada y meditada.<sup>45</sup>

125. Esta claridad ha sido reconocida por la Corte IDH al señalar que un consentimiento no podrá reputarse libre, si es solicitado a la mujer cuando no se encuentra en condiciones de tomar una decisión plenamente informada, **por encontrarse en situaciones de estrés y vulnerabilidad, inter alia, como durante, o inmediatamente después del parto o cesárea. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental destacó que “la coerción incluye condiciones que facilitan la intimidación, como la fatiga o el estrés”.**<sup>46</sup> **De igual forma, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos concluyó que la solicitud del consentimiento mientras la mujer se encuentra en trabajo de parto o poco antes de someterse a una cesárea claramente no permite que la decisión sea tomada con base en el libre albedrío”.**<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> Recomendación General 21 del Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

<sup>45</sup> Véase Declaración sobre la Esterilización Forzada de 2012 de la Asociación Médica Mundial

<sup>46</sup> ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, A/64/272, 10 de agosto de 2009, párr. 14.

<sup>47</sup> Cfr. TEDH, Caso V.C. Vs. Eslovaquia, No. 18968/07. Sentencia de 8 de noviembre de 2011, párrs. 111 a 112. El mismo razonamiento fue adoptado en el Caso N.B. Vs. Eslovaquia, No. 29518/10. Sentencia de 12 de junio de 2012, párr. 77, y Caso I.G., M.K. y R.H. Vs. Eslovaquia, No. 15966/04. Sentencia de 13 de noviembre de 2012, párr. 122 (expediente de prueba, tomo VIII, anexos 26, 27 y 28 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folios 2474 a 2577).

- 126.** La Corte Interamericana ha hecho especial énfasis en que la libertad de la mujer para decidir y adoptar decisiones responsables sobre su cuerpo y su salud reproductiva, especialmente en caso de esterilización, puede verse socavada por motivos de discriminación en el acceso a la salud, por diferencias en las relaciones de poder respecto de su esposo, de su familia, de su comunidad y del personal médico, por la existencia de estereotipos de género y de otro tipo en los proveedores de salud.<sup>48</sup>
- 127.** En este contexto se identifican ciertos estereotipos que se aplican frecuentemente a las mujeres en el sector salud y que pueden tener efectos graves sobre su autonomía y poder decisorio. Entre estos se encuentran: las mujeres son seres vulnerables o incapaces de tomar decisiones consistentes o confiables lo que lleva a que el personal de salud les niegue información para que puedan dar su consentimiento informado; las mujeres son quienes deben llevar la responsabilidad de la salud sexual de la pareja, de manera que tienen la tarea de elegir y usar el método anticonceptivo; las mujeres son seres impulsivos y volubles que requieren de la dirección de una persona estable, usualmente un hombre protector.<sup>49</sup>
- 128.** Estos estereotipos de género que recaen sobre las mujeres y consecuentemente las discriminan, no acaban por vulnerarlas únicamente en el ámbito de la salud; las actitudes estereotipadas que se tienen respecto a las funciones, las aptitudes y las responsabilidades de las mujeres, que vulneran frontalmente el artículo 5 de la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer<sup>50</sup>, pueden alcanzar a las y los operadores

---

<sup>48</sup> Caso I.V. C. Bolivia, párr. 185.

<sup>49</sup> Cfr. FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer FIGO de octubre 2012 y octubre 2015, las que recogen las recomendaciones respecto del Riesgo de la estereotipación de la mujer en el cuidado de la salud de 2011, págs., 332 a 336 (2012) y págs.. 418 a 422 (2015).

<sup>50</sup> Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. "Artículo 5. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la



de justicia en su labor cotidiana al garantizar el acceso a la justicia en condiciones de igualdad en los casos de violencia obstétrica.

- 129.** Esto quedó asentado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en el caso “*S.F.M. v. España*”<sup>51</sup>. En dicho caso, primero el personal sanitario y luego los jueces (en el caso, del Estado Español), asumieron que la mujer debe comportarse siguiendo las indicaciones de los médicos por ser incapaz de tomar sus propias decisiones. Frente a esto, *“el Comité observó que las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones estereotipadas y por lo tanto discriminatorias, al asumir que (...) las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de “mera percepción”*.<sup>52</sup> Lo anterior contrastó con la empatía que el Juez mostró hacia el esposo de la autora cuando, en el juicio, declaró haberse visto privado de relaciones sexuales coitales con su esposa durante dos años. Se trata de una manifestación estereotipada respecto al papel del hombre y de la mujer en el ámbito sexual, en el que ella es meramente un sujeto pasivo con un rol reproductor.<sup>53</sup>
- 130.** Esta Sala hace suya la conclusión del Comité CEDAW en el sentido de que los estereotipos afectan el derecho de las mujeres a ser protegidas contra la violencia obstétrica, y que las autoridades encargadas de analizar la responsabilidad por tales actos, deben ejercer especial cautela para no reproducir nociones estereotipadas y por lo tanto, discriminatorias<sup>54</sup>.

---

idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipada de hombres y mujeres.”

<sup>51</sup> Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, CEDAW/C/75/D/138/2018, 28 de febrero de 2020. Disponible en: <https://undocs.org/ch/CEDAW/C/75/D/138/2018>, consultado el 22 de abril de 2021.

<sup>52</sup> Ídem, párr. 7.5

<sup>53</sup> Ídem, párr. 3.7, 3.8 y 3.9.

<sup>54</sup> Ídem, párr. 7.5

**2.1.3. Carácter pleno e informado del consentimiento**

131. Finalmente, en relación con el carácter **pleno e informado** del consentimiento, **se ha reconocido un deber reforzado** de brindar información a las mujeres que incluye específicamente la información en el sentido de que la esterilización constituye un método permanente y que existen métodos alternativos menos intrusivos, incluso métodos de anticoncepción masculina. Además, se ha considerado el deber de informar que, al ser la esterilización una intervención quirúrgica, puede generar riesgos o potenciales efectos secundarios.<sup>55</sup>

132. **Particular atención debe ponerse en los formularios de consentimiento que se hace firmar a las mujeres, ya que en ocasiones, son en realidad una renuncia al consentimiento informado y una cesión del control al equipo médico**<sup>56</sup>. **El consentimiento informado es un proceso de comunicación e interacción continua entre el paciente y personal sanitario, y una firma por sí sola NO es una indicación de consentimiento informado.** El personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información. Para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario, y la persona debe contar con toda la información. El consentimiento es necesario independientemente del procedimiento y la persona puede retirar su consentimiento en cualquier momento según el principio de una atención centrada en el o la paciente.<sup>57</sup>

133. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha ido más allá al hacer suyos los lineamientos mínimos contenidos en diversas fuentes del *corpus*

<sup>55</sup> Ídem, párr. 193.

<sup>56</sup> Documento A/74/137, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer: Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, párr. 32.

<sup>57</sup> Documento A/74/137, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer: Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, párr. 38.

*iuris* de derecho internacional de los derechos humanos, partiendo del Código de Ética Médica de Núremberg, fijando a los prestadores de salud el deber de brindar información a las y los pacientes sobre lo siguiente: i) la evaluación de diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.<sup>58</sup>

## **2.2. Regulación nacional sobre el consentimiento informado en métodos anticonceptivos permanentes.**

- 134.** La exigencia del consentimiento informado para la práctica de métodos anticonceptivos permanentes en México se regula de manera específica a través de diversas normas oficiales mexicanas.

---

<sup>58</sup> Cfr. Código de Ética de Núremberg, 1947; Declaración de Helsinki, principios 25 a 27; Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente, principios 3, 7 y 10; ONU, Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, A/RES/46/119, 17 de diciembre de 1991, principio 11.2; OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folio 5496 a 5499; 5510 a 5520 y 5530 a 5531); FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO de noviembre 2003, octubre 2012 y octubre 2015, las que recogen las Directrices relativas a un consentimiento bien informado adoptadas en 1995 y reafirmadas y complementadas en 2007, págs. 166 a 167 (2003), págs. 316 a 318 (2012) y págs.399 a 401 (2015), así como las Consideraciones éticas sobre la esterilización de 1989, 1990, 2000 y 2011, págs. 55 a 57 y 213 a 218 (2003), págs.. 436 a 440 (2012) y págs. 537 a 541 (2015); ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, La mujer y la salud, 1999, párrs. 20 a 22 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 39 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folio 2711); Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 6; ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, A/64/272, 10 de agosto de 2009, párrs. 15 y 16; AMM, Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Esterilización Forzada, adoptada por la 63 Asamblea General, Bangkok, Tailandia, octubre de 2012 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 31 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folios 2613 a 2614), Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas para eliminar la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria, adoptada por la OACNUDH, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF y OMS, 2014 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 25 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folios 2452 a 2457).

135. Esto es, si bien, como cualquier acto médico, la práctica de un método anticonceptivo permanente se rige por las disposiciones de la Ley General de Salud,<sup>59</sup> en concordancia con la obligación internacional a cargo del Estado Mexicano de regular específicamente el consentimiento con un carácter reforzado en este tipo de procedimientos, existe regulación específica que se avoca al consentimiento informado con este carácter necesario.
136. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, exige que, para casos de esterilización femenina por el método OTB, el consentimiento informado deberá ser **por escrito**. Esta norma prevé que **las cartas de consentimiento informado** son los documentos escritos, signados por la paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante las cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para la o él paciente. Entre estos procedimientos mínimos, se menciona particularmente a la salpingoclasia, también conocida como OTB.<sup>60</sup>
137. La diversa Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar, regula de manera detallada el consentimiento informado para la práctica de métodos anticonceptivos permanentes, en particular, la consejería que se debe dar a los usuarios que solicitan estos procedimientos. El punto 4.4.1.4 prevé que la consejería debe facilitar el proceso de decisión de usar o no métodos anticonceptivos. **Se precisa que esta decisión debe ser respetada de forma absoluta y por ningún**

---

<sup>59</sup> Artículos 50, 51 Bis, 51 bis 2, 77 bis 3 de la Ley General de Salud vigente al momento del acto reclamado.

<sup>60</sup> Punto 4.2. y 10.1.2.4.

**motivo se inducirá a la aceptación de algún método anticonceptivo especial.**

138. **El punto 4.4.1.5. de la misma normativa, especifica que la decisión de un método anticonceptivo permanente como la OTB estará precedida siempre por una o varias sesiones de consejería.** Además, se reitera que la aceptación del método deberá ser por escrito en un formato de anticoncepción quirúrgica voluntaria donde se exprese el consentimiento informado antes de la realización del procedimiento y además, dicho formato registrará que se haya proporcionado información amplia sobre la irreversibilidad del método, así como sus detalle, ventajas y riesgos, así como la posibilidad de poder desistirse en cualquier momento.
139. **El diverso apartado 4.4.1.6. establece la obligación a cargo del consejero de constatar que los usuarios decididos a usar métodos anticonceptivos permanentes han recibido, y comprendido, la información que se les proporcionó.** También se regula —punto 4.4.1.7— la obligación específica de los prestadores de servicios de salud reproductiva y planificación familiar de permitir que el usuario decida libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos y del método de control que mejor cumpla sus expectativas.
140. **En relación con el momento para impartir la consejería, esta norma — punto 4.4.4— aclara que ésta deberá ser en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario haga al prestador de servicios, con anterioridad a la decisión y selección del método anticonceptivo. Se aclara que no se efectuará ante situaciones de crisis ni en momentos en que la capacidad de juicio o raciocinio se encuentren comprometidas.**

**141.** La regulación anterior se complementa con aquella prevista en la NOM-007-SSA2-2016, titulada “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio”. En su punto 5.3, establece que en las consultas subsecuentes, se proveerá información completa sobre métodos anticonceptivos, así como atención de la anticoncepción post-evento obstétrico y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto, expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

### **3. Delimitación del término esterilización femenina no consentida.**

**142.** Esta Primera Sala considera de suma importancia aclarar que no pasa desapercibido que la quejosa recurrente utiliza el término *esterilización forzada*, así como que también, los distintos mecanismos de protección de los derechos humanos tanto del ámbito internacional, como regional utilizan una terminología diversa y alternativa al respecto.

**143.** A fin de delimitar el término adecuado para referirse a este procedimiento, se seguirá a la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se pronunció sobre esta precisión terminológica mediante la Sentencia del *Caso I.V. Vs. Bolivia*. La Corte IDH notó que las prohibiciones expresas respecto a las esterilizaciones forzadas o involuntarias han sido establecidas tanto en el marco del derecho penal internacional,<sup>61</sup> como en la tipificación de delitos a nivel interno en los distintos países de la región.<sup>62</sup> En el ámbito concreto del derecho penal internacional, se estableció la

---

<sup>61</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), nota al pie 264 que a la letra señala: “Véase artículos 7(1)(g), 8(2)(b)(xxii) y 8(2)(e)(vi) del Estatuto de Roma. De hecho, la esterilización forzada se reconoció como crimen de guerra en el proceso de Núremberg, en el que se juzgó a los perpetradores por actos cometidos en el contexto de la experimentación médica”.

<sup>62</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), nota al pie 265 que a la letra señala: “Bolivia (2013), Brasil (1996), Ecuador (2014), México (2012) y Venezuela (2007) tipifican la conducta penal de esterilización forzada dentro de sus jurisdicciones como delito común: esterilización forzada Bolivia y Brasil, privación forzada de capacidad de reproducción en Ecuador y esterilidad provocada en México.”

obligación de tipificar, particularmente en el Estatuto de Roma, la esterilización forzada, como crimen de lesa humanidad y como crimen de guerra, práctica que incluso también podría constituir un acto de genocidio.<sup>63</sup> Como se decía en párrafos previos, en la práctica internacional también se ha utilizado diversa terminología.<sup>64</sup> Para contextualizar con precisión, debe conocerse que la definición de violencia obstétrica se acuñó en Venezuela, en el año 2007. Venezuela definió legalmente la violencia obstétrica y la tipificó como delito a través de la “*Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*” aprobada en la Gaceta Oficial N° 38.668 el 23 de abril de 2007. En su artículo 15 definió las distintas formas de violencia de género en contra de las mujeres entre ellas a la violencia obstétrica y a la esterilización forzada. A la letra señaló:

*Artículo 15. Formas de violencia. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: (...)*

*13. Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.*

*14. Esterilización forzada: Se entiende por esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o*

<sup>63</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 301.

<sup>64</sup> En América Latina se han promulgado leyes que tipifican como delito la violencia obstétrica. Estos son: La Argentina (2009), Panamá (2013), Suriname (2014), y Venezuela (2007). En el Estado Plurinominal de Bolivia se promulgó una ley sobre la violencia en los servicios de atención a la salud, con especial atención a las mujeres embarazadas. Además, la ley define un nuevo término, la “violencia contra los derechos reproductivos”, que va más allá de la definición obstétrica que hacen Argentina y Venezuela, incluyendo también el aborto espontáneo y la lactancia materna. Documento A/74/137, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer: Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, párr. 72 y 73.

*quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva.*

144. A su vez en el artículo 52 estipula sobre la esterilización forzada lo siguiente:

**Artículo 52. Esterilización forzada.** *Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique (...)*

145. Como se señalaba previamente, también la Corte IDH ha reconocido expresamente que, en el ámbito de los derechos humanos, se ha utilizado terminología diversa por parte de organismos internacionales y regionales de derechos humanos. Advirtió que se ha hecho referencia a diversos términos como son: esterilización sin consentimiento,<sup>65</sup> esterilización no consentida,<sup>66</sup> esterilización involuntaria,<sup>67</sup> esterilización obligatoria,<sup>68</sup>

<sup>65</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), nota al pie 266 que a la letra señala: “Cfr. ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, La mujer y la salud, 1999, párr. 22; ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, A.S. contra Hungría (Comunicación No. 4/2004), CEDAW/C/36/D/4/2004, 29 de agosto de 2006, párr. 11.4; ONU, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, A/HRC/7/3, 15 de enero de 2008, párr. 38, y TEDH, Caso V.C. Vs. Eslovaquia, No. 18968/07. Sentencia de 8 de noviembre de 2011; Caso N.B. Vs. Eslovaquia, No. 29518/10. Sentencia de 12 de junio de 2012, y Caso I.G., M.K. y R.H. Vs. Eslovaquia, No. 15966/04. Sentencia de 13 de noviembre de 2012 (expediente de prueba, tomo VIII, anexos 26, 27 y 28 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folios 2474 a 2577)”.

<sup>66</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), nota al pie 267 que a la letra señala: “Cfr. ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, A/64/272, 10 de agosto de 2009, párr. 55”.

<sup>67</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), nota al pie 268 que a la letra señala: “Cfr. ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales respecto de Perú, CCPR/CO/70/PER, 15 de noviembre de 2000, párr. 21; Comité contra la Tortura, Conclusiones y recomendaciones respecto de Perú, CAT/C/PER/CO/4, 25 de julio de 2006, párr. 23; Comité contra la Tortura, Observaciones finales respecto de Eslovaquia, CAT/C/SVK/CO/2, 17 de diciembre de 2009, párr. 14, y Comité contra la Tortura, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Kenya, CAT/C/KEN/CO/2, 19 de junio de 2013, párr. 27”.

<sup>68</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), nota al pie 269 que a la letra señala: “Cfr. ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 19, La violencia contra la mujer, 1992, párr. 22, y Comité para la



esterilización forzada<sup>69</sup> o forzosa<sup>70</sup> y esterilización coercitiva o bajo coacción.<sup>71</sup> Y concluye frente a este entramado de definiciones decantándose para los efectos de la sentencia del *Caso I.V. Vs. Bolivia*, que la esterilización sin consentimiento previo, libre, pleno e informado será considerada por la Corte Interamericana, como una esterilización no consentida o involuntaria.<sup>72</sup>

- 146. Esta Primera Sala, a fin de homologar los términos y buscar una certeza en el diálogo entre Tribunales, utilizará el término de esterilización femenina no consentida en aquellos casos en que se practique una esterilización sin consentimiento previo, pleno, libre e informado. Se enfatiza que el consentimiento bajo estos cuatro términos constituye un requisito ineludible para que una esterilización**

---

Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales respecto de los Países Bajos, CEDAW/C/NLD/CO/5, 5 de febrero de 2010, párrs. 46 y 47”.

<sup>69</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), nota al pie 270 que a la letra señala: “u. ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 21, La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares, 1994, párr. 22; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales respecto de Eslovaquia, CCPR/CO/78/SVK, 22 de agosto de 2003, párr. 12; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales respecto de Eslovaquia, CEDAW/C/SVK/CO/4, 17 de julio de 2008, párr. 31; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales respecto de Eslovaquia, CCPR/C/SVK/CO/3, 20 de abril de 2011, párr. 13; Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales respecto de Perú, CRPD/C/PER/CO/1, 16 de mayo de 2012, párrs. 34 y 35, y Comité contra la Tortura, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Kenya, CAT/C/KEN/CO/2, 19 de junio de 2013, párr. 27”.

<sup>70</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), nota al pie 271 que a la letra señala: “Cfr. ONU Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, 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, E/CN.4/1999/68/Add.4, 21 de enero de 1999, párr. 51; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales respecto de Japón, CCPR/C/79/Add.102, 19 de noviembre de 1998, párr. 31; ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, A/64/272, 10 de agosto de 2009, párr. 55; Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Rashida Manjoo, La violencia contra las mujeres con discapacidad, A/67/227, 3 de agosto de 2012, párr. 28”.

<sup>71</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), nota al pie 272 que a la letra señala: “Cfr. ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales respecto de Eslovaquia, CCPR/CO/78/SVK, 22 de agosto de 2003, párr. 12, y Comité contra la Tortura, Observaciones finales respecto de Kenya, CAT/C/KEN/CO/2, 19 de junio de 2013, párr. 27”.

<sup>72</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 204.

**femenina no sea contraria a los parámetros internacionales de protección de los derechos de la mujer.** Esto no implicará que necesariamente la vía penal sea agotada en todos los casos, sin embargo, el Estado debe disponer de mecanismos accesibles para presentar reclamos, ya sea en el ámbito disciplinario, administrativo o judicial, según corresponda a fin de no dejar a la víctima en estado de indefensión.<sup>73</sup>

**147. La esterilización femenina no consentida es un acto de violencia que contraviene el derecho de las mujeres a no ser sometidas a torturas o a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Esto no constituye una “valoración subjetiva” de la víctima, sino que es una norma imperativa de derecho internacional general que han ido conformando los distintos mecanismos de protección de derechos humanos, al grado de formar parte del *ius cogens*.**

**148.** Entre estos reconocimientos que obedecen a la “humanización del Derecho Internacional de los Derechos Humanos”, destaca el Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.<sup>74</sup> En el mismo sentido, el Relator Especial señaló que es indispensable obtener el consentimiento pleno, libre previo e informado de la paciente, una condición que no puede dispensarse nunca por motivos de urgencia o necesidad médica mientras siga siendo posible obtenerlo (A/HRC/22/53).<sup>75</sup>

#### **4. Violencia obstétrica constituye violencia de género.**

**149.** El modelo médico hegemónico de atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio conlleva una asimetría de poder donde se

---

<sup>73</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 310 y 311.

<sup>74</sup> Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 45.

<sup>75</sup> Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 45.

acentúa el orden patriarcal colocando a las mujeres en una situación de subordinación frente a los médicos. En palabras de Feltri AA, Arakaki J, et al. (2006): *“Las acciones sanitarias, las intervenciones médicas especialmente, no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera. (...) estas relaciones reflejan la asimetría claramente; por un lado, los representantes formales e institucionalizados de la cultura dominante y por el otro, las personas que se acercan buscando alivio para sus dolencias”*<sup>76</sup>.

**150.** Esta Primera Sala advierte que la asimetría “*médico—paciente*”, que frecuentemente puede leerse como “*orden patriarcal—mujer embarazada*”, se polariza aún más bajo una perspectiva de género. Se desplaza a las mujeres del rol protagónico en su propio embarazo, parto y puerperio, a un lugar de “objeto de intervención” y, a su vez, se les concibe como un “objeto de derecho”. Se substrahe su capacidad de decisión, cediéndola a la autoridad de los médicos, concebidos bajo el sistema patriarcal, justificando esta asimetría de poder, en el saber profesional del médico frente a la voluntad y libertad de la paciente.<sup>77</sup>

**151.** La violencia de género puede ser ejercida por un varón, o por una mujer, lo relevante es que la víctima se encuentra en una situación de desventaja en las relaciones de poder como sucede con las mujeres embarazadas frente al personal sanitario. Esta situación constituye desigualdad, tanto simbólica como real y dificulta el ejercicio de los derechos de las mujeres.<sup>78</sup>

<sup>76</sup> Feltri AA, Arakaki J, Justo LF, Maglio F, Pichún FJ, Rosenberg MI, Spinelli H, Testa M, Torres Secchi AM, Ynoub RC. Salud Reproductiva e Interculturalidad. Salud Colectiva. 2006;2(3):299-316.

<sup>77</sup> Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Organización Regional para las Américas, Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, 2016. Disponible en: [clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf](http://clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf) consultado el 20 de marzo de 2021.

<sup>78</sup> Organización Mundial de la Salud, Violencia contra la mujer, Datos y cifras, Disponible en: [who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-woman](http://who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-woman), consultado el 18 de marzo de 2021.

**152.** Como señala el *Protocolo para Juzgar con perspectiva de género de la Suprema Corte de Justicia de la Nación*, la opresión surge como resultado de seguir costumbres, hábitos y normas sociales, culturales y morales que no son - al menos no mayoritaria o significativamente - cuestionadas, las cuales afectan a un grupo social específico. El carácter de opresión es estructural y se replica en las instituciones de la sociedad. La obligación de reconocer esta opresión, se encuentra implícita en la obligación de juzgar con perspectiva de género.<sup>79</sup> Por lo tanto, la **violencia obstétrica** es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región. No es azaroso que en México uno de los servicios médicos con mayor incidencia de violencia de género sea el de ginecología y obstetricia.<sup>80</sup>

#### 4.1 Concepto de violencia obstétrica.

**153. En México no se encuentra regulada expresamente la violencia obstétrica a nivel federal.** A partir de la Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, en los artículos 6° y 18° que definen otras formas de agresión relacionadas con la violencia obstétrica, se hace referencia a distintas violencias como la física, la psicológica y la violencia que proviene de agentes del Estado y que se denomina *violencia institucional*.<sup>81</sup>

<sup>79</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación, Dirección General de Derechos Humanos, Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género, Primera edición: noviembre de 2020, pp. 27 y 28, Ciudad de México, México.

<sup>80</sup> El mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años 2000 a 2012 corresponden al área de ginecobstetricia (2,877 quejas concluidas). Castro, Roberto y Joaquina Erviti, CONAMED, 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México, 2014; 19 (1): 37-42, México.

<sup>81</sup> **ARTÍCULO 6.** Los tipos de violencia contra las mujeres son: **I.** La violencia psicológica. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio;

**II.** La violencia física.- Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas;

- 154. Algunos estados del país han definido la violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia.** El concepto de violencia obstétrica que contemplan entre ellas es similar. A continuación, se cita uno de ellos: *“apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad”*<sup>82</sup>
- 155. Además, algunas entidades federativas contemplan a la violencia obstétrica como un delito en sus códigos penales.** Entre estos se

---

**III.** La violencia patrimonial.- Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima;

**IV.** Violencia económica.- Es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral;

**V.** La violencia sexual.- Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, y **VI.** Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

**ARTÍCULO 18.- Violencia Institucional:** Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

<sup>82</sup> Artículo 6° de la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas, México.

Artículo 6°.- Los tipos de violencia contra las mujeres son: (...)

**VII.** Violencia Obstétrica.- Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

**VIII.** Violencia de los derechos reproductivos.- Es toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como los servicios de atención prenatal, y obstétricos de emergencia.

encuentran: Chiapas, Estado de México, Guerrero, Quintana Roo y Veracruz. También Aguascalientes lo contempla recientemente en su código penal incorporando conductas que constituyen violencia obstétrica, aunque no se nombra el concepto como tal.<sup>83</sup>

**156. A continuación, se presentará un recorrido a través del derecho comparado, a fin de que pueda brindarse luz sobre la materia.<sup>84</sup> Debe conocerse que la definición de violencia obstétrica se creó en Venezuela.** En el año 2007, Venezuela definió legalmente la violencia obstétrica y la tipificó como delito a través de la **“Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”** aprobada en la Gaceta Oficial N° 38.668 el 23 de abril de 2007. En su artículo 15 definió las distintas formas de violencia de género en contra de las mujeres entre ellas a la violencia obstétrica y a la esterilización forzada. A la letra señala:

**Artículo 15. Formas de violencia.** *Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: (...)*

**13. Violencia obstétrica:** *Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.*

<sup>83</sup> GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida, Entidades que penalizan la Violencia Obstétrica. Disponible en: <https://gire.org.mx/plataforma/entidades-que-penalizan-la-violencia-obstetrica/> consultado el 30 de marzo de 2021.

<sup>84</sup> En América Latina se han promulgado leyes que tipifican como delito la violencia obstétrica. Estos son: La Argentina (2009), Panamá (2013), Suriname (2014), y Venezuela (2007). En el Estado Plurinominal de Bolivia se promulgó una ley sobre la violencia en los servicios de atención a la salud, con especial atención a las mujeres embarazadas. Además, la ley define un nuevo término, la “violencia contra los derechos reproductivos”, que va más allá de la definición obstétrica que hacen la Argentina y Venezuela, incluyendo también el aborto espontáneo y la lactancia materna. Documento A/74/137, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer: Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, párr. 72 y 73.

**157. El artículo 51 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia** describe como actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. *No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.*
2. *Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo medios necesarios para la realización del parto vertical.*
3. *Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.*
4. *Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*
5. *Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*

**158. En Argentina** la Ley 25.929 conocida también con el nombre de Ley de Parto Humanizado, aprobada mediante Decreto 2035/2015 promulgada el 17 de septiembre de 2004, si bien no ofrece una definición específica de este fenómeno, establece en su artículo 2° una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. A continuación, se señalan:

- a) *A ser informadas sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.*
- b) *A ser tratadas con respeto, y de modo individual y personalizado que les garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales;*
- c) *A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento como persona sana, de modo que se le facilite su participación como protagonista de su propio parto.*

- d) *Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.*

*A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.*

- e) *A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.*
- f) *A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.*
- g) *A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.*
- h) *A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.*
- i) *A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.*
- j) *A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.*

**159.** La violencia obstétrica puede ser definida como *“un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, el parto y el postparto”*.<sup>85</sup>

**160.** La violencia obstétrica trastoca los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que se traduce en violencia de género. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la violencia de género se refiere a *“todo acto de violencia basado en el género que tiene como*

---

<sup>85</sup> Arguedas Ramírez, Gabriela, La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense, en Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe 11 (2014), 1.



*resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico (...) ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada” (ONU, 1993).<sup>86</sup>*

**161.** De lo anterior, esta Primera Sala concibe a la violencia obstétrica como *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa principalmente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”.*<sup>87</sup>

**162.** La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen tanto la violencia institucional como la violencia de género. En este sentido, la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres cometida por el Estado y constituye una violación a los derechos humanos.<sup>88</sup>

**163.** Las víctimas directas de la violencia obstétrica son siempre mujeres. Los sujetos activos de la violencia obstétrica, es decir, quienes la ejercen, son profesionales del ámbito sanitario. El contexto en el que se produce esta forma de violencia de género es la atención profesional en el ámbito reproductivo y especialmente en situaciones de embarazo, parto y postparto. Si bien son diversas y complejas las razones que la conforman,

---

<sup>86</sup> Chávez Courtois, Mayra Lilia y Sánchez Maya, Norma Angélica, Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género, Revista Col. San Luis vol. 8, n° 16, San Luis Potosí, mayo/agosto 2018 Epub 14-Agosto 2020.

<sup>87</sup> Feltri AA, Arakaki J, Justo LF, Maglio F, Pichún FJ, Rosenberg MI, Spinelli H, Testa M, Torres Secchi AM, Ynoub RC. Salud Reproductiva e Interculturalidad. Salud Colectiva. 2006;2(3):299-316. La violencia obstétrica, al carecer de una definición precisa, suele relacionarse exclusivamente con la experiencia del parto. Sin embargo, es necesario señalar que incluye también todos los otros dominios del campo de la salud sexual y reproductiva como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto, la menopausia y más.

<sup>88</sup> GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida y Fundación Angélica Fuentes, Violencia Obstétrica, un Enfoque de Derechos Humanos, 2015, p. 13 disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf> Consultado el 30 de marzo de 2021.

la situación de saber-poder en que se encuentran las y los profesionales de la salud, frente a la mujer que frecuentemente se limita a obedecer, se concreta en una relación asimétrica de poder que puede vulnerar diversos derechos y la perspectiva de género. La violencia obstétrica es multifactorial confluendo en ella la violencia institucional y la violencia de género.

#### 4.2 Modalidades de violencia obstétrica.

- 164.** La violencia obstétrica puede adoptar diversas formas. Existen distintas clasificaciones de las diversas modalidades de violencia obstétrica, mismas que han de considerarse de forma enunciativa más no limitativa. Además, es fundamental señalar que éstas se presentan, frecuentemente, de forma interrelacionada.
- 165.** Las manifestaciones de violencia obstétrica pueden abarcar:<sup>89</sup> (...) desde regañones, burlas, ironías, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor, durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.<sup>90</sup>
- 166.** De lo anterior es posible desprender dos modalidades en las que identifican la violencia obstétrica. Por un lado, **la física**, que se configura cuando se

---

<sup>89</sup> Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) en su Informe sobre Violencia Obstétrica Un Enfoque de Derechos Humanos, 2015.

<sup>90</sup> Villanueva-Egan, Luis Alberto, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en Revista CONAMED, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, p. 148.

realizan prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas por el estado de salud, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico y, por el otro, **la dimensión psicológica**, que incluye el trato deshumanizado, grosero, la discriminación, la humillación cuando se pide asesoramiento, o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto.<sup>91</sup> Generalmente estas prácticas también son catalogadas como maltrato.<sup>92</sup> Existen múltiples testimonios de mujeres procedentes de distintos lugares del mundo que han descrito prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, sumamente complicado de demostrar puesto que suceden tras puertas cerradas de los centros de salud. La Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, ha concluido que estas prácticas pueden causar daño y sufrimiento psicológico y pueden constituir violencia psicológica contra las mujeres.<sup>93</sup>

#### **4.3 Derechos de las mujeres que están en riesgo en situaciones de violencia obstétrica.**

**167.** Cuando una mujer es víctima de violencia obstétrica, uno o varios derechos humanos se vulneran. Esta Primera Sala pone de relieve los siguientes: el derecho a la salud, el derecho a la integridad personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a

---

<sup>91</sup> GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida y Fundación Angélica Fuentes, *Violencia Obstétrica, un Enfoque de Derechos Humanos*, 2015, disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf> Consultado el 30 de marzo de 2021.

<sup>92</sup> **Documento A/74/137**, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, párr. 13.

<sup>93</sup> Ídem, párr. 31.

la información, el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, el derecho a la vida privada.

**168.** La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en sintonía con los derechos arriba señalados, ante la actualización de violencia obstétrica, determinó que se habían violado los derechos a: la integridad personal, a la libertad personal, a la vida privada y familiar, a la información y a no ser objeto de un trato cruel, inhumano o degradante en un caso relativo a la esterilización involuntaria de una mujer en un hospital público de Bolivia durante una cesárea.<sup>94</sup> Además, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, emitió una declaración en la que instó a los Estados a documentar, investigar y sancionar las nuevas formas de violencia contra las mujeres, entre las que señaló a la violencia obstétrica.<sup>95</sup>

**169.** En el mismo sentido, se pronunció la OMS. Como principal organización de las Naciones Unidas en el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos no consentidos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor, las graves violaciones a la intimidad, la denegación de admisión a centros de salud, el abandono de las mujeres durante el parto que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables y que puede amenazar su vida y la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago,

---

<sup>94</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016).

<sup>95</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, comunicado de prensa, “En el Día Internacional de la Mujer, la CIDH exhorta a los Estados a abstenerse de adoptar medidas que signifiquen un retroceso en el respeto y garantía de los derechos de las mujeres” (8 de marzo de 2018) (<http://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2018/044.asp>).

pueden poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación.<sup>96</sup>

#### 4.3.1 El derecho a la salud en riesgo frente a la violencia obstétrica.

170. El artículo 12 de la Convención conocida como CEDAW establece:

*“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*

*2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo supra 1, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”*

171. El Comité CEDAW ha profundizado sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, mediante su Recomendación general N° 24 sobre la mujer y la salud. El Comité observó que: *“es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*.<sup>97</sup>

172. El derecho a la salud incluye a la salud reproductiva, la cual se define como *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”*.<sup>98</sup>

---

<sup>96</sup> Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”, WHO/RHR/14.23 (2015).

<sup>97</sup> Recomendaciones generales adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 20° periodo de sesiones (1999), Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer – La mujer y la salud, párr. 27.

<sup>98</sup> UNFPA, Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994. Párrafo 7.2.

- 173.** De lo anterior, esta Primera Sala advierte que, a la luz del marco internacional, el derecho a la salud reproductiva de las mujeres conlleva su derecho a decidir cuál modelo médico, de partería o una combinación de estos, que las mujeres desean elegir para acompañar sus procesos de embarazo, parto y puerperio. Los Estados no deben imponer un modelo médico hegemónico, sino respetar y proporcionar los medios para que las mujeres en plena libertad elijan el camino en el que confíen.
- 174.** Es importante hacer conciencia sobre la prevalencia de los estereotipos de la partería como prácticas inferiores o primitivas por no ajustarse a la institucionalización tradicional de los partos bajo el modelo médico hegemónico. No existen procedimientos “normales” de alumbramientos concebidos únicamente bajo un modelo médico hegemónico. Es decir, no pueden considerarse como “equivocas” todas las formas de hacer y saber que provienen de conocimientos tradicionales y locales, que son diferentes, despreciándolas como equivocadas y primitivas (haciendo énfasis en su carácter de inferiores) relegándolas o ignorándolas y más aun desconociendo la composición pluricultural de nuestra Nación sustentada originalmente en los pueblos indígenas.<sup>99</sup>
- 175.** El modelo médico hegemónico de la salud reproductiva, ha quedado superado como la única y exclusiva alternativa viable. El enfoque que exige tanto el ámbito nacional como el internacional es que, independientemente de la elección que adopte la mujer, ésta debe ser en pleno ejercicio de su consentimiento.
- 176.** Lo anterior también ha sido reconocido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos que ha señalado la necesidad de que exista regulación integral y

---

<sup>99</sup> Atkin, Lucille C., Keith-Brown Kimberli, Rees Martha W y Sesia Paola, Partería en México. Disponible en: [mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria\\_en\\_Mexico.pdf](http://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria_en_Mexico.pdf), consultado el 20 de marzo, de 2021.

eficaz para la partería y para la asistencia de las matronas en partos a domicilio mediante, diversos precedentes.<sup>100</sup>

#### **4.3.2 Derecho a la integridad personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.**

**177.** La violencia contra las mujeres es una violación a la integridad personal; es también una forma de discriminación que les impide el goce de sus derechos en pie de igualdad con los varones. La Convención de Belém do Pará establece como violencia contra la mujer: “*Artículo 1° (...) cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado*”.

**178.** El Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, determinó que: *Las mujeres son vulnerables a la tortura y los malos tratos cuando buscan asistencia médica por su disconformidad real o aparente con las funciones que determina la sociedad para cada caso (observación general número 2)*.<sup>101</sup>

**179.** Esta Sala advierte que el Relator Especial fue contundente en su informe al señalar que *“los proveedores de servicios sanitarios tienden a ejercer una autoridad considerable sobre sus pacientes, lo que sitúa a las mujeres en una posición de indefensión, mientras que la falta de marcos jurídicos y normativos que permitan a las mujeres ejercer su derecho a acceder a los*

---

<sup>100</sup> Ternovszky c. Hungría, núm. 67545/09 Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2011); Dubská y Krejzová c. la República Checa, demandas núms. 28859/11 y 28473/12, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2016).

<sup>101</sup> Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 42.

*servicios de salud reproductiva las hace más vulnerables a la tortura y los malos tratos”.*<sup>102</sup>

**180.** Más aún, concluyó el Relator Especial en su informe: *“En muchos Estados, las mujeres que tratan de obtener servicios de salud materna se exponen a un riesgo elevado de sufrir malos tratos, en particular en el período prenatal y puerperal. Estos malos tratos van desde alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como suturar las heridas del parto, hasta no emplear anestesia. Ese tipo de vejaciones suelen estar motivadas por ciertos estereotipos sobre el papel procreador de la mujer e infligen un sufrimiento físico y psicológico que puede constituir malos tratos”.*<sup>103</sup>

**181.** El Comité de Derechos Humanos reconoció en el caso *Mellet c. Irlanda*, que los estereotipos de género disponen que: *“las mujeres deben continuar la gestación con independencia de las circunstancias y de sus necesidades y deseos, ya que su función primordial es la de ser madres y cuidadoras”*,<sup>104</sup> lo cual evidencia lo nocivo de los estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva en lo concerniente a la competencia de las mujeres para adoptar decisiones libres y poder actuar con autonomía, bajo las recomendaciones del personal sanitario.

**182.** También el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha registrado precedentes sobre violaciones del derecho de las mujeres a su vida privada y a no ser objeto de tortura o de un trato cruel, inhumano o degradante en las situaciones relacionadas con el parto.<sup>105</sup> Entre los casos de esterilización

---

<sup>102</sup> Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 42.

<sup>103</sup> Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 47.

<sup>104</sup> Comité de Derechos Humanos, *Mellet c. Irlanda*, comunicación núm. 2324/2013, CCPR/C/116/D/2324/2013, párr. 3.19.

<sup>105</sup> *Konovalova c. Rusia*, núm. 37873/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2014).



forzada durante el parto<sup>106</sup> destaca por la similitud con el presente caso, el de una mujer romaní que otorgó su consentimiento para que se le practicase dicho procedimiento mientras estaba dando a luz por cesárea vulnerando la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.<sup>107</sup> Como se refirió ya, en el *Caso I.V. contra Bolivia* de la Corte Interamericana de Derechos Humanos concluyó que la esterilización femenina no consentida o involuntaria a la que fue sometida la señora I.V. constituyó un trato cruel, inhumano y degradante contrario a la dignidad del ser humano.<sup>108</sup> A esta conclusión se llegó al señalar que la violación del derecho a la integridad física y psíquica de las personas tiene diversas connotaciones de grado y que abarca desde la tortura hasta otro tipo de vejámenes o tratos crueles, inhumanos o degradantes, cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según factores endógenos y exógenos de la persona (duración de los tratos, edad, sexo, salud, contexto, vulnerabilidad, entre otros) que deberán ser analizados en cada situación concreta.<sup>109</sup> En este sentido la Corte Interamericana recalcó que el sufrimiento es una experiencia propia de cada individuo y, en esa medida, va a depender de una multiplicidad de factores que hacen a cada persona un ser único.

- 183.** Por esta razón la Corte Interamericana tiene en cuenta los factores endógenos y exógenos al evaluar la intensidad del sufrimiento en cada caso.<sup>110</sup> Al analizar la intensidad del sufrimiento padecido por la señora I.V., la Corte Interamericana concluyó lo siguiente relacionado con el presente

<sup>106</sup> V.C. c. Eslovaquia, núm. 18968/07, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012), N.B. c. Eslovaquia, núm. 29518/10, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012) e I.G. y otros c. Eslovaquia, demanda núm. 15966/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012).

<sup>107</sup> Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 45. Tribunal Europeo de Derechos Humanos, demanda núm. 57375/08, P y S vs. Polonia, sentencia de 30 de octubre de 2012.

<sup>108</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 270.

<sup>109</sup> Cfr. Caso Loayza Tamayo vs Perú. Fondo, supra, párrs. 57 y 58 y Caso Herrera Espinoza y otros vs. Ecuador, supra, párr. 87.

<sup>110</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 267.

caso bajo estudio: i) la señora I.V. perdió su capacidad reproductiva de forma permanente, alterándose el funcionamiento de sus órganos reproductivos; (...) ii) la señora I.V. sufrió afectaciones psicológicas severas... incluyendo sentimientos de angustia, frustración, culpa...; iii) la esterilización no consentida tuvo un efecto perjudicial en su vida privada... iv) la esterilización no consentida provocó una carga económica sobre la señora I.V. en cuanto a la atención médica posterior en un entorno que le genera confianza y búsqueda de justicia; y v) la ausencia de respuesta por parte del sistema judicial, le generó un sentimiento de impotencia y frustración. En suma, es evidente que la esterilización no consentida o involuntaria, con la consecuente imposibilidad para procrear, provocó sobre la señora I.V. sufrimientos físicos y psíquicos perdurables, así como dolor emocional considerable, tanto a nivel personal, familiar y social.<sup>111</sup>

#### **4.3.3 Derecho a la información.**

**184.** Como se refirió en apartados previos, para que el derecho a la información se garantice en la atención del embarazo, el parto y el postparto, las mujeres deben de tener acceso a información, veraz, objetiva, imparcial y libre de prejuicios acerca de las opciones que tienen. Además, dicha información debe ser proporcionada en un lenguaje adecuado y comprensible, así como en un ambiente libre de presiones y coerción.<sup>112</sup>

**185.** El acceso a la información en el ámbito de la atención a la salud supone que ésta se provea de una manera que permita ejercer el consentimiento previo, libre, pleno e informado.<sup>113</sup>

---

<sup>111</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 268.

<sup>112</sup> GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida y Fundación Angélica Fuentes, *Violencia Obstétrica, un Enfoque de Derechos Humanos*, 2015, p. 24 disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf> Consultado el 30 de marzo de 2021.

<sup>113</sup> Caso I.V. vs Bolivia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sentencia del 30 de noviembre de 2016.

#### 4.3.4 Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia.

- 186.** El derecho a una vida libre de violencia está reconocido en el artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará). Define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado y establece en el artículo 7° la obligación de debida diligencia del Estado para investigarla y sancionarla.
- 187.** En el contexto de la violencia obstétrica, debe resaltarse respecto al derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, el derecho a no ser valoradas con base en estereotipos y concepciones que las coloquen en situaciones de inferioridad, pues tales factores tienen un peso sumamente relevante dentro de la configuración de situaciones de violencia obstétrica.<sup>114</sup>
- 188.** Desde 1985 la Organización Mundial de la Salud ha exhortado a los gobiernos a promover “una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto”.<sup>115</sup>
- 189.** El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación general número 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que actualiza la recomendación general número 19, estableció expresamente que: “Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada (...) la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres

---

<sup>114</sup> GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida y Fundación Angélica Fuentes, *Violencia Obstétrica, un Enfoque de Derechos Humanos*, 2015, p. 24 disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf> Consultado el 30 de marzo de 2021.

<sup>115</sup> Organización Mundial de la Salud, “Appropriate technology for birth”, *The Lancet*, vol.326, issue 8452 (24 de agosto de 1985).

y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.<sup>116</sup>

**190.** En el reciente informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, sobre “*el Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*”, determinó que **el hecho de que los Estados no destinen suficientes recursos a las necesidades específicas de salud de las mujeres, es una violación del derecho de la mujer a no ser objeto de discriminación.** Además, resaltó que muchos Estados no garantizan que los trabajadores sanitarios reciban la capacitación adecuada en materia de ética médica y derechos humanos de los pacientes, ni la obligación de dichos trabajadores de prestar una atención respetuosa y no discriminatoria.<sup>117</sup>

#### **4.3.5 Derecho a la vida privada.**

**191.** En el contexto reproductivo, el derecho a la vida privada implica el derecho de las personas a tomar decisiones sobre su procreación (autonomía reproductiva). Abarca la decisión de las mujeres sobre la forma en que desean que sea su parto, basada en información clara, objetiva y veraz. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha determinado que el concepto de “vida privada” comprende entre otros ámbitos protegidos a: la vida sexual y las relaciones familiares.<sup>118</sup>

<sup>116</sup> Documento CEDAW/C/GC/35 párr. 18.

<sup>117</sup> Documento A/74/137, párr. 39.

<sup>118</sup> Corte IDH, Caso Rosendo Cantú y otra vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010. Serie C No. 215, párrafo 129.

**192.** El Comité CEDAW, a través de su Recomendación General 19 sobre violencia contra la mujer, señaló la necesidad de prevenir actos de coerción respecto de la fertilidad y la reproducción de las mujeres.<sup>119</sup> Uno de estos actos es precisamente la violencia obstétrica, que entre otras situaciones, se presenta cuando se impone un método de anticoncepción, particularmente en un momento como un proceso de parto o cesárea, lo cual es una violación al derecho a la vida privada de las mujeres.<sup>120</sup>

### **Apartado B.**

#### **Resolución del caso concreto**

##### **I. Análisis de la consecuencia de la práctica de la OTB.**

**193.** La quejosa adujo en el segundo concepto de violación, que al efectuarse *de manera incorrecta la OTB... provocó una infección que tuvo que ser atendida por un médico particular, así como que derivada de la esterilización forzada... sufro dolores intensos a nivel abdominal que me producen calambres en las piernas, impidiendo en algunas ocasiones realizar mis actividades diarias de manera normal además de que también tengo mareos.*

**194.** Los anteriores argumentos son **inoperantes**.

**195.** Ello se considera así, porque, en principio, ese tipo de imputaciones serían propias de un reclamo de negligencia médica por vulneración de la *lex artis* que rija el acto, que correspondería a una litis ordinaria contenciosa entre partes, que no es posible examinar directamente en el juicio de amparo.

---

<sup>119</sup> Organización de Naciones Unidas, Comité CEDAW, Recomendación General 19. La violencia contra la mujer, 11° periodo de sesiones (1992), párrafo 24.

<sup>120</sup> GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida y Fundación Angélica Fuentes, *Violencia Obstétrica, un Enfoque de Derechos Humanos*, 2015, p. 26 disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf> Consultado el 31 de marzo de 2021

196. En esa línea, en el expediente de amparo no se contienen medios de convicción que demuestren las consecuencias aludidas, ni se desahogaron pruebas encaminadas a demostrar que la OTB se haya realizado *médicamente* incurriendo en alguna negligencia de esa naturaleza.
197. Al margen de la ausencia de elementos probatorios para demostrar tales afirmaciones de la parte quejosa, lo cierto es que esta Sala no podría arribar y establecer una conclusión fundada y motivada al respecto en este juicio constitucional.

## II. Análisis de los demás conceptos de violación.

198. Esta Primera Sala advierte que el resto de los conceptos de violación formulados por la quejosa recurrente en relación con los actos reclamados están interconectados, por lo que, para darles una respuesta integral a la luz del parámetro constitucional antes establecido, se examinarán de manera conjunta para determinar, en primer lugar, **si existió o no consentimiento informado para practicar la OTB** a la quejosa recurrente.
199. En caso de que se llegue a la conclusión de que no existió consentimiento informado para practicar la OTB, se procederá a estudiar si esto basta para considerar que se practicó una **esterilización femenina no consentida como una forma de violencia de género, violencia obstétrica y, en su caso, tortura u tratos crueles, inhumanos y degradantes**. Posteriormente, este Tribunal analizará si **el trato del personal médico en el parto y post parto a la quejosa recurrente puede catalogarse también como violencia obstétrica**.

### 1. Consentimiento informado

200. En su primer, segundo, tercero y quinto concepto de violación, la quejosa recurrente aduce que las autoridades responsables incumplieron con la

normativa que regula el consentimiento informado necesario para realizar cualquier acto médico. Relata que se le practicó una Oclusión Tubárica Bilateral (OTB), que es un método de anticoncepción permanente, cuya autorización le fue solicitada mientras estaba en “trabajo de parto”, aspecto que considera violatorio de sus derechos fundamentales.

- 201.** Precisa que se incumplió la normativa aplicable— en particular, la NOM 005-SSA2-1993— que regula el consentimiento informado en la práctica de métodos de esterilización femenina permanentes. En desacato a aquella norma, previo a la solicitud de su autorización para realizar la OTB, no se le explicó que existen métodos anticonceptivos alternativos, negándole la posibilidad de elegir entre ellos; tampoco le expusieron los riesgos y consecuencias del procedimiento, ni se impartió, en términos de la normativa aplicable, un proceso de consejería.
- 202.** Aduce que su consentimiento se otorgó en una situación de crisis y bajo presión emocional; que el personal médico mencionó que, si no firmaba, no recibiría la atención médica necesaria para que naciera su hijo. Además, se le informó que sus familiares estaban de acuerdo en practicarle una OTB y, por otro lado, a ellos se les dijo lo mismo en relación con la supuesta decisión de la quejosa recurrente.
- 203.** Aclara que, por regla general, la esterilización no se cataloga como una cirugía que salve vidas. En su caso no existía ninguna emergencia que entrañara un riesgo inminente de daño irreparable para su vida o salud, de manera que no se actualiza la excepción de no recabar su consentimiento informado previo a la realización de la OTB.
- 204.** Sostiene que lo anterior vulneró su integridad personal al no permitírsele tomar una decisión por su propia voluntad; su derecho a la salud en la vertiente del control de ésta y del propio cuerpo; su derecho a la libertad y

autonomía reproductiva al inducirse un método anticonceptivo en particular y, finalmente, su derecho a obtener información clara, veraz y oportuna en materia de salud.

**205.** Los argumentos son **fundados**.

**206.** De los hechos narrados en la demanda de amparo, esta Primera Sala advierte que **\*\*\*\*\*** (S.E.) refiere que a lo largo de su embarazo tuvo consultas prenatales, tanto en la Unidad Médica Familiar No. 33 San Marcos, en Tonila, Jalisco, como en el Hospital General de Zona No. 9 en Ciudad Guzmán, Jalisco, ambas del Instituto Mexicano del Seguro Social y que no recibió consejería en relación con los distintos métodos anticonceptivos que podía emplear.

**207.** Relata que, aproximadamente a las 12 de la noche, del 29 de enero de 2017, ingresó a urgencias del Hospital de Ciudad Guzmán con pocos dolores de parto, le diagnosticaron presión alta, le dieron medicamentos y pasó la noche con revisiones constantes de enfermería. Al día siguiente, la ginecóloga le realizó un tacto, le dijo que no tenía dilatación y le dio medicamento para tal efecto. La quejosa preguntó sobre sus niveles de presión, le informaron que estaban bien y, una vez controlados, se le retiró el medicamento. Se le informó también que su diagnóstico se basaba en ultrasonidos previos.

**208.** Señala que el martes 31, el personal médico le realizó estudios y concluyó que el bebé no estaba en término; este día tuvo sangrado, pero no hubo revisión y volvió a presentar presión alta. Se le suministró medicamento nuevamente y la transfirieron a urgencias. Le informaron que tenía dos centímetros de dilatación.

**209.** Narra que el miércoles 1º de febrero, tras una revisión, una doctora le dijo que ya no tenía líquido amniótico. Fue hasta el turno vespertino de ese día



—14:50 horas— que la pasaron al quirófano. S.E. refiere haber estado muy preocupada en esos momentos ante la noticia de la falta de líquido amniótico; situación que manifestó a la Doctora Vargas quien le contestó: “sí, ya sé, ya me pasaron el reporte”.

**210.** Acto seguido, la quejosa narra lo siguiente:

*“...A continuación, la ginecóloga \*\*\*\*\* me dijo que me harían una cesárea y me preguntó si ya había hablado con mi esposo sobre no tener más hijos, yo le contesté que aún no había hablado de ese tema con mi esposo. Ante esta respuesta la doctora me dijo con un tono brusco que era una irresponsable, que cómo era posible que a esas alturas no hubiese hablado con él, entonces me dijo: ‘¿cuántos días más quieres durar aquí?’. Yo me quedé callada y la doctora me dijo: ‘Ahorita yo voy a salir a hablar con tu esposo, sólo espero que no sea un macho de esos que no entienden, y es más, si no, así te vas a quedar, a ver hasta qué horas te alivias’ y se salió a hablar con mi esposo y mi mamá.*

*Mi esposo y mi mamá me dijeron que la doctora les dijo que, por motivos de salud no era conveniente que yo tuviera otro embarazo debido a que había presentado presiones altas. Ella les dijo: ‘yo ya hablé con ella, está de acuerdo y ya firmó’. Mi esposo pensó que yo de verdad estaba de acuerdo y firmó. Además, antes de que me intervinieran mi esposo le pidió a la doctora que si me iban a hacer cesárea que la hicieran ya. La doctora le contestó de forma grosera: ‘cuando se desocupe un quirófano, no la podemos operar aquí ni en una cocina’.*

*Con base en la información que la doctora les proporcionó, mi esposo y mi mamá firmaron la autorización para que se me hiciera la Obstrucción Tubaria Bilateral (en adelante OTB). Posteriormente, la doctora fue a verme para decirme que mi esposo ya había firmado el consentimiento para que me realizaran la OTB, me mostró un documento que tenía una firma que no pude revisar con detenimiento debido a que me encontraba muy cansada y me sentía mal por encontrarme en labor de parto desde hace más de cuatro días; además de que, debido a la forma en la que me había hablado la ginecóloga, me sentí presionada e intimidada por lo que finalmente, firmé el consentimiento. Cabe señalar que en ningún momento me permitieron hablar con mis*

*familiares además que, la autorización para realizarme la OTB la firmé a las 14:50 horas, es decir, justo en el momento que me ingresaron a quirófano para realizarme la cesárea. Así, con base en información falsa mis familiares y yo firmamos la autorización para la OTB aun y cuando mi esposo y yo teníamos planeado tener otro hijo o hija una vez que el más pequeño creciera.”*

- 211.** Esta Primera Sala llega a la convicción de que, en el caso, como aduce la quejosa recurrente, **no existió un consentimiento previo, libre, pleno e informado necesario** para la realización de la OTB.
- 212.** Obra en autos del juicio de amparo remitidas en copia certificada por la autoridad responsable, principalmente en el expediente clínico de la quejosa, un documento denominado “consentimiento informado en planificación familiar” del contenido siguiente:

**\* \* \***

- 213.** De dicho documento esta Sala desprende que el 1 de febrero de 2017— momento en que S.E. llevaba cuatro días de trabajo de parto— las autoridades sanitarias aquí señaladas como responsables, le dieron a firmar un formato que refería un cúmulo de información sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y sus consecuencias, así como el dicho de que “ha comprendido” todas y cada una de las posibles molestias y efectos no deseados que puede tener el método no elegido.
- 214.** En este documento se asentó que la quejosa otorgaba su consentimiento libre, consciente e informado para la práctica de la OTB, firmando ella y dos

testigos que correspondieron a su madre y su esposo, así como la médica tratante.

- 215.** Como se desarrolla a continuación, **tal documento no es válido** pues incumplió con los requisitos necesarios para tal efecto en términos de la normativa nacional e internacional que rige el derecho humano al consentimiento informado, específicamente, aquel necesario para la práctica de métodos anticonceptivos permanentes como la OTB.
- 216.** Como se refirió en apartados previos de esta sentencia, el consentimiento informado en métodos de anticoncepción permanente es un instrumento indispensable para garantizar el derecho de las mujeres, no sólo para tomar una decisión libre y autónoma en relación con su salud sexual y reproductiva, sino también acorde a su dignidad e integridad personal. Con esta **perspectiva de género** —y la deconstrucción que ello implica— se analizará el derecho humano al consentimiento informado de S.E. en el caso que nos ocupa.
- 217.** Es necesario hacer hincapié en que el consentimiento informado no puede entenderse, ni analizarse, como un acto de aceptación, sino como un proceso de etapas concatenadas en las cuales habrán de irse cumpliendo diversos requisitos: previo, libre, pleno e informado.
- 218.** En el caso, el consentimiento otorgado por la quejosa no cumplió con el requisito de ser previo; de las notas médicas exhibidas ante el juez de Distrito se desprende que el 1 de febrero de 2017, a las 14:50 horas se decidió practicar cesárea a la quejosa; consta en la nota preoperatoria de las 15:10 horas que se proyectó la cesárea y la OTB, la que tuvo verificativo dando lugar al nacimiento a las 16:05 horas, para después practicarse el método de anticoncepción permanente.

- 219.** Como narra la quejosa en la demanda, ella firmó el formato antes inserto momentos antes de que le practicaran la cesárea, manifestación que, concatenada con las notas médicas que obran en autos, evidencia que la supuesta autorización otorgada para practicarle la OTB se dio minutos antes de la misma, sin que previamente se le otorgara ninguna información sobre este método de anticoncepción permanente, ni mucho menos, se le impartiera algún tipo de consejería en términos de la normativa aplicable.
- 220.** El breve tiempo transcurrido entre la decisión de practicarle una cesárea, y al mismo tiempo una OTB, y el momento en que esto ocurrió, evidencian la imposibilidad de que la quejosa recurrente hubiera, no sólo recibido cualquier tipo de consejería, sino tenido la más mínima oportunidad de reflexionar *previamente* sobre un método de planificación familiar.
- 221.** Cabe recordar, además, que S.E. afirma en los hechos de su demanda de amparo que, a lo largo de su embarazo en las consultas prenatales que tuvo tanto en la Unidad Médica Familiar No. 33 San Marcos como en el Hospital General de la Zona No.9 en Ciudad Guzmán, ambas del IMSS, no recibió asesoría sobre los métodos anticonceptivos que podía emplear. Esta Sala observa que de las constancias exhibidas en el juicio de amparo no existe prueba que contradiga la referida negativa.
- 222.** De esta manera, no obstante S.E. firmó un documento preimpreso antes de que le realizaran la OTB, este acto aislado no puede considerarse como una *autorización previa* pues, como bien relata S.E. su firma se dio sin un tiempo mínimamente razonable para que ella pudiera madurar una decisión de esta naturaleza. El consentimiento informado no es un mero acto de aceptación, sino el resultado de un proceso que debe cumplir diversos elementos para considerarse válido.

- 223.** La firma del documento pre-impreso —machote— en estas condiciones contravino el punto 4.4.1.5 de la NOM 005-SSA2-1993 que prevé que la aceptación de un método de anticoncepción permanente debe estar precedida de una o varias sesiones de consejería, así como el diverso punto 4.4.4 que aclara que la consejería también será previa a la toma de la decisión y selección del método anticonceptivo en particular, y que habrá de realizarse en las diferentes oportunidades de consulta al prestador de servicios.
- 224.** Finalmente, como se refirió infra, la OTB no puede ser caracterizada como un procedimiento de urgencia que exceptúe el requisito de recabar el consentimiento informado de manera previa; este procedimiento no salva vidas, su propósito es prevenir embarazos futuros, de modo que esta excepción al consentimiento informado no es aplicable en procedimientos de esta naturaleza.
- 225.** También resulta patente para esta Sala que el consentimiento no se otorgó de manera libre, voluntaria y autónoma; por el contrario, estuvo sujeto a presiones, intimidación, amenazas, condicionamiento para recibir el tratamiento médico necesario, además de desinformación y engaño.
- 226.** Narra la quejosa en su demanda de amparo que durante los tres días de trabajo de parto presentó episodios de presión arterial elevada, sangrado y el 1 de febrero —momentos antes de que se le diera a firmar el documento de autorización— se le informó que ya no tenía líquido amniótico, lo cual le provocó particular preocupación, angustia y estrés. Fue en este momento cuando la doctora Vargas le preguntó que si ya había hablado con su esposo sobre métodos de planificación familiar. Ante la respuesta negativa de S.E. se le calificó de irresponsable y la doctora le preguntó: *¿cuántos días quieres durar aquí?* Describe que la doctora salió a hablar con su esposo y con su madre, refiriéndole: *ojalá que no sea un macho de esos*

*que no entienden, y es más, si no, así te vas a quedar, a ver hasta qué hora te alivias.*

- 227.** De la relatoría de hechos de la demanda de amparo, la quejosa recurrente refiere que su esposo y madre dijeron que la doctora les informó que, por motivos de salud, no era conveniente que ella tuviera otro embarazo porque había presentado presión alta, además les comentó que S.E. estaba de acuerdo en realizar la OTB, con esa información, ellos firmaron. S.E. narra que la doctora regresó y le mostró el documento firmado por su esposo y su madre. S.E. describe haberse sentido en ese momento muy cansada por el trabajo de parto, además de intimidada y presionada por la doctora. En estas circunstancias S.E. firmó el documento.
- 228.** A juicio de esta Sala el consentimiento de S.E. no fue libre al haber sido otorgado, primero, en condiciones de estrés y vulnerabilidad, no sólo por el trabajo de parto en sí mismo, sino por las particulares condiciones en que éste se desarrolló, específicamente, por la noticia que recibió la quejosa recurrente en relación con la ausencia de líquido amniótico.
- 229.** La forma en que S.E. otorgó su aceptación fue en frontal contravención al punto 4.4.4 de la NOM 005-SSA2-1993 que prevé específicamente que la consejería para la adopción de métodos de anticoncepción permanente no se realizará en situaciones de crisis, ni en momentos en que la capacidad de juicio o raciocinio de la mujer se encuentre comprometida, vulnerando así su derecho a la información de conformidad con el artículo 6 constitucional y el diverso 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- 230.** La autorización de la mujer para realizar procedimientos médicos, más aún una esterilización permanente, otorgada cuando ella se encuentra en trabajo de parto, o en cualquier situación de estrés durante el parto o el

postparto, nunca podrá considerarse libre. En estas circunstancias existen factores físicos y emocionales que pueden impedir que las mujeres tomen una decisión informada y meditada acorde a su autonomía.

- 231.** Además, en el caso, la manifestación de S.E. estuvo condicionada por la amenaza de que, si no firmaba, no recibiría la atención médica necesaria para salvaguardar la vida, no sólo la propia, sino también la de su hijo. Aunado a lo anterior, S.E. y sus familiares recibieron información imprecisa sobre la imposibilidad de que ella volviera a embarazarse y, finalmente, firmaron el documento por separado, con la creencia de que el otro estaba de acuerdo.
- 232.** Lo anterior resulta contrario al punto 4.4.1.4 de la NOM 005-SSA2-1993 que prevé la obligación a cargo de las autoridades sanitarias de respetar, de forma absoluta, la decisión sobre la utilización o no de métodos anticonceptivos y determina, expresamente, que no se deberá inducir a la aceptación de algún método en concreto, como aconteció en este caso.
- 233.** De los autos que obran en el expediente, esta Sala advierte que S.E. nunca manifestó su intención de controlar su capacidad reproductiva a través de un método de anticoncepción, por el contrario, de los hechos narrados en la demanda de amparo, se desprende que ella manifiesta haber querido tener más hijos y, no obstante lo anterior, el personal médico actuó de forma coercitiva e inductiva para que ella y su familia aceptaran la OTB.
- 234.** Aunado a lo anterior, esta Primera Sala advierte que la solicitud del consentimiento de S.E. no puede considerarse libre, pues estuvo definida por estereotipos de género, específicamente, por la concepción de que el esposo tiene poder de decisión sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de su pareja. En efecto, el consentimiento debió ser personal, brindado exclusivamente por S.E. pues sólo a ella correspondía tomar una decisión

de esta índole en relación con su cuerpo, con su salud sexual y reproductiva. La solicitud de “autorización o consentimiento” de sus familiares fue discriminatoria y resultó contraria a la libertad y autonomía reproductiva de S.E.

**235.** Si bien la decisión sobre un método anticonceptivo permanente puede tomarse en pareja<sup>121</sup>, esto no implica que sea necesaria “la autorización” ni el acuerdo del esposo, pues esto reitera el estereotipo de que las mujeres son incapaces de tomar decisiones consistentes o confiables en relación con su propio cuerpo y su capacidad reproductiva, lo cual es contrario al artículo 1° constitucional y a la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer<sup>122</sup>.

**236.** Esta Primera Sala llega a la conclusión de que el consentimiento de S.E. tampoco fue pleno ni informado; el consentimiento sólo puede considerarse pleno si se otorga a partir de la información relevante necesaria para que las personas puedan decidir en relación con su salud y su propio cuerpo, esto implica, como mínimo, el estado de salud del paciente, su diagnóstico, el tratamiento y sus alternativas, así como los efectos del mismo<sup>123</sup>.

**237.** En este sentido, el punto 4.4.1.5 de la NOM 005-SSA2-1993 regula la obligación a cargo de las autoridades sanitarias de brindar consejería a través de la cual se proporcione información amplia sobre la irreversibilidad de este tipo de métodos, sus detalles, ventajas y riesgos.

---

<sup>121</sup> Véase Recomendación General No. 21 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

<sup>122</sup> Artículos 1, 2 y 3.

<sup>123</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación. Registro digital: 2012509. Instancia: Primera Sala. Décima Época

Materias(s): Constitucional. Tesis: 1a. CCXXV/2016 (10a.). Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 34, Septiembre de 2016, Tomo I, página 507. Tipo: Aislada. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. CONTENIDO DEL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA.**



- 238.** Como se refirió ya, S.E. no recibió información de ningún tipo para adoptar la decisión de no poder tener más hijos; no existió siquiera un diagnóstico sobre su estado de salud reproductiva, no se explicaron los efectos y consecuencias de la OTB, menos aún se refirió la posibilidad de otros métodos anticonceptivos menos invasivos, así como masculinos.
- 239.** Resulta imposible considerar que su consentimiento fue pleno, esto es, que S.E. comprendió cabalmente la información que se le brindó, pues ésta fue inexistente. Se reitera que el consentimiento informado es un proceso de comunicación e interacción continua entre el paciente y el personal médico.
- 240.** La única información que ella pudo tener a su alcance en relación con la OTB que se le practicó fue la establecida en el formato pre-impreso que se le dio a firmar mismo que, lejos de actualizar un consentimiento informado, se constituyó como una renuncia a sus derechos y cesión de control al equipo médico que la atendió.
- 241.** Como se refirió en apartados previos, debido a la naturaleza y consecuencias de la OTB como método anticonceptivo permanente, el personal médico tenía un deber reforzado de recabar el consentimiento informado —con todos sus requisitos— de S.E. Este deber no sólo se incumplió, sino que la vulneración a sus derechos a la salud, a la integridad personal, a la libertad y autonomía reproductiva y a la información en el acceso a los servicios de salud reproductiva se agravó por la actitud engañosa, coercitiva e inductiva de las autoridades responsables.

**2. Esterilización femenina no consentida como una forma de violencia de género y de violencia obstétrica y, en consecuencia, como una forma de tortura o de tratos crueles, inhumanos o degradantes.**

- 242.** En su primer, segundo, tercero, cuarto y sexto concepto de violación la quejosa recurrente expone que, dado que no se recabó su consentimiento previo, libre, pleno e informado para practicarle la OTB, fue víctima de una *esterilización forzada*. Se le efectuó un procedimiento de esterilización permanente, inmediatamente después de haber dado a luz, sin justificación médica y sin más opción que aceptar esta intervención.
- 243.** Refiere que una esterilización forzada es un *acto de violencia* que vulnera el derecho de las personas a no ser sometidas a *tortura o a tratos crueles, inhumanos o degradantes*. Como mujer se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad frente a este tipo de tratos por los estereotipos de género, especialmente, la preconcepción de que a ellas corresponde la responsabilidad de la reproducción y de la anticoncepción.
- 244.** La esterilización interfirió con su integridad física y mental y su derecho a la libertad y autonomía reproductiva quedándose sin capacidad de tener hijos a los 31 años, truncándose su derecho de ser madre. Se le causó un daño permanente y físicamente invasivo que constituye un perjuicio tan extenso que es comparable con un *acto de tortura* en los términos señalados por el Relator Especial sobre Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes de la ONU.
- 245.** Expone que la *esterilización no consentida es una forma de violencia contra las mujeres* por lo que existe el deber reforzado a cargo de las autoridades de actuar con la debida diligencia para investigar y sancionar a los culpables. En este sentido, el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer ha resaltado la necesidad de prevenir y remediar las esterilizaciones forzadas y establecer *sanciones apropiadas y medidas de compensación*. Este tipo de prácticas no pueden quedar impunes, pues conduciría a perpetuar desde las instituciones estereotipos de género contrarios a los derechos humanos de las mujeres.

- 246.** La esterilización que se le practicó le impide alcanzar un estado de salud física, psicológica y social; al coartarse su derecho de procrear, se le impuso un proyecto de vida que afecta sustancialmente su desarrollo individual. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha resuelto que una esterilización forzada provoca sentimientos de miedo, angustia, inferioridad y sus efectos llevan a un sentimiento perdurable en el que las mujeres se sienten humilladas y degradadas.
- 247.** Argumenta que la esterilización forzada que le practicaron vulneró su *derecho a la integridad personal*, pues el Estado le impidió tomar una decisión que solo a ella correspondía; su *derecho a la salud reproductiva*, tanto porque no se le garantizó tratamiento de calidad durante el parto, como porque no se le permitió controlar su salud sin padecer injerencias como actos de tortura y tratamientos médicos no consensuales; su *derecho a la libertad y autonomía reproductiva* al impedirle decidir sobre el número de sus hijos; su *derecho a definir su proyecto de vida* ya que el Estado impidió, de manera arbitraria, que continuara con su vida reproductiva y, finalmente, su *derecho a una vida libre de violencia*.
- 248.** Los argumentos son **fundados**.
- 249.** Previo al análisis de los planteamientos hechos valer, esta Primera Sala reitera lo sostenido en apartados previos en el sentido de que en esta sentencia se utilizará el término *esterilización femenina no consentida* para referirse a aquellos casos en que se practique una esterilización sin consentimiento previo, informado, pleno y libre.
- 250.** Quedó demostrado ya que las autoridades señaladas como responsables no recabaron el consentimiento previo, pleno, informado y libre de S.E. para realizarle una OTB el 1 de febrero de 2017 en el Hospital General de Zona No. 9 en Ciudad Guzmán, Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- 251.** A partir de lo anterior, y conforme a los parámetros del derecho nacional e internacional vigentes al momento de los hechos, como se desarrolla a continuación, esta Primera Sala concluye que **S.E. fue víctima de una esterilización femenina no consentida como una forma de tortura, víctima de violencia de género, víctima de violencia obstétrica y víctima de tratos crueles, inhumanos y degradantes.**
- 252.** La anticoncepción permanente practicada a S.E. a través del método OTB debe catalogarse como una **esterilización femenina no consentida**; bastando para llegar a esta conclusión la ausencia de su consentimiento previo, informado, pleno y libre.
- 253.** Se reitera que la OTB practicada a S.E. no puede considerarse como una urgencia, como un procedimiento que tuvo por objeto salvar su vida, por lo que no se actualiza la excepción en relación con la obligación a cargo de las autoridades sanitarias señaladas como responsables de recabar su consentimiento informado de conformidad con la normativa aplicable, esto, no obstante, en su demanda de amparo la quejosa narra que la doctora informó a sus familiares que, por motivos de salud, no era conveniente que S.E. tuviera otro embarazo “por haber presentado presiones altas”.<sup>124</sup> Sin embargo, del acervo probatorio no se advierte ningún diagnóstico que justificara la necesidad de practicar un método de anticoncepción permanente inmediatamente después de la cesárea.
- 254.** Derivado de lo anterior, las autoridades señaladas como responsables incumplieron específicamente con sus obligaciones de conformidad con las diversas Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012, NOM-007-SSA2-2016 y NOM 005-SSA2-1993 que exigen que para la práctica de una OTB se recabe el consentimiento informado a través de procesos específicos que incluyen la consejería previa al paciente con el objeto de

---

<sup>124</sup> Demanda de amparo narrativa de hechos, punto 14

garantizar un periodo de reflexión razonable, esto, en un ambiente libre de inducciones ni presiones de ningún tipo.

**255.** S.E. tuvo que firmar el documento denominado “consentimiento informado”, antes inserto, encontrándose en una situación de extrema vulnerabilidad, no sólo por los cuatro días de trabajo de parto, sino además por la angustia y estrés que le provocaron las noticias en relación con su salud —presión alta— y, posteriormente, sobre la falta de líquido amniótico. Además, refiere que la actitud de la doctora la presionó e intimidó, contexto que influyó en la “aceptación” y firma del documento que se le presentó como consentimiento informado.<sup>125</sup>

**256.** La esterilización no consentida implicó una afectación profunda a su dignidad, libertad y autonomía, implicó la afectación de atributos inviolables del ser humano, particularmente de la mujer, que nunca pueden ser legítimamente menoscabados por el poder público.

**257.** Se trastocó la libertad y autonomía reproductiva de S.E. —autodeterminación reproductiva— pues, ante una intervención arbitraria del personal médico que la atendió, no puede materializar su proyecto de vida familiar, esto en contravención a los artículos 1 y 4 constitucionales, así como los diversos 5.1, 7, 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 16 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

**258.** Al anularse la capacidad reproductiva de S.E. se vulneró su libertad de tomar decisiones sobre los aspectos más íntimos y personales del ser humano conforme a sus opciones y convicciones, como lo es aquella sobre

---

<sup>125</sup> Demanda de amparo narrativa de hechos punto 15.

el número y espaciamiento de los hijos, lo anterior contraviniendo el artículo 7 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.<sup>126</sup>

**259.** Aunado a lo anterior, atendiendo a la íntima vinculación entre los derechos a la dignidad y a la salud, esta Sala advierte que se vulneró este último, específicamente, su salud sexual y reproductiva. En términos del artículo 12.2. de la Convención CEDAW no se garantizó a S.E. servicios apropiados en relación con su parto y post parto y, específicamente, en términos de la Recomendación N° 24 sobre la mujer y la salud se vulneró el derecho de S.E. de gozar de servicios de maternidad sin riesgos.<sup>127</sup>

**260.** Esta Sala reitera su criterio en el sentido de que la salud reproductiva de las mujeres implica su derecho a decidir con libertad los métodos y procedimientos, tanto para tener a sus hijos, como para controlar su capacidad reproductiva y, frente a este derecho, surge la correlativa obligación del Estado, no sólo de garantizar servicios de salud, sino también de abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de las mujeres.<sup>128</sup>

**261. La esterilización no consentida a S.E. implicó violencia de género<sup>129</sup>;** tomando en cuenta la definición de violencia contra la mujer establecida tanto en la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, así como la Convención CEDAW, esta Sala comparte la conclusión que se expresa el Comité para la Eliminación de la

---

<sup>126</sup> Esta Primera Sala adopta la interpretación hecha por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en relación con el artículo 7 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el caso Caso I.V. c. Bolivia, párr. xxx

<sup>127</sup> Recomendaciones generales adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 20° periodo de sesiones (1999), Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer – La mujer y la salud, párr. 27.

<sup>128</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Amparo en revisión 1388/2015.

<sup>129</sup> En el mismo sentido lo han reconocido la Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Humanos.

Discriminación contra la Mujer<sup>130</sup> así como el Comité de Derechos Humanos<sup>131</sup> en el sentido de que una esterilización femenina no consentida o involuntaria constituye una forma de violencia contra la mujer.

- 262.** Esta Sala advierte lo recomendado por el Comité CEDAW en sus observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México respecto al cumplimiento de la CEDAW, *en particular*, la imperante necesidad de catalogar la violencia obstétrica como violencia institucional y por razón de género de conformidad con la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- 263.** La actuación de las autoridades señaladas como responsables partió de diversos estereotipos de género; se decidió esterilizarla sin su autorización a partir de una disminución de su capacidad de decisión, por considerarse que alguien más —personal médico— podía tomar una mejor decisión en relación con su propio cuerpo; además, se actuó conforme al estereotipo de que corresponde a las mujeres la responsabilidad de la función reproductora y de planificación familiar.
- 264.** La esterilización practicada a S.E. fue una forma de discriminación por su condición de mujer embarazada y, posteriormente, mujer en trabajo de parto. Las autoridades responsables impusieron la práctica de la OTB a partir del estereotipo de que corresponde a la mujer la función reproductiva siendo ella incapaz de tomar decisiones responsables en relación con ésta. S.E fue desplazada del rol protagónico que le correspondía en su parto, pasando a ser un objeto respecto del cual *otros* —personal médico y sus propios familiares— decidieron practicarle una OTB.

---

<sup>130</sup> Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 19, La Violencia contra la Mujer, 1992 e Informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, Políticas y Prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y que contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen, 1999.

<sup>131</sup> Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 28, La igualdad de Derechos entre hombres y mujeres, 2000 e Informe del Relator Especial sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 2013.

- 265.** Esta Primera Sala advierte la posición de extrema vulnerabilidad en que se colocó S.E. derivada de la asimetría de poder entre el “personal médico-mujer embarazada/mujer en trabajo de parto”; ella no tuvo posibilidad de decisión frente a la práctica de la OTB, mucho menos de reflexión. La colocaron en una situación de absoluta subordinación expresada, por el lado dominante, por el personal médico y, por el otro, ella, en trabajo de parto, buscando proteger su vida y la de su hijo.
- 266.** La decisión de practicar a S.E. una OTB respondió a una lógica paternalista que se basó en el estereotipo de que ella no era capaz de tomar decisiones confiables en embarazos futuros, por lo que el personal de salud asumió el poder de decisión sobre su cuerpo. Particularmente, determinó que no fuera madre otra vez y, que fuera ella, y no su pareja, quien asumiera la responsabilidad de la anticoncepción en la pareja.
- 267.** Esta Sala retoma y hace suyo lo señalado por el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer<sup>132</sup> en el sentido de que el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia implica el derecho a la no discriminación. Como víctima de violencia de género, S.E. no estuvo en posibilidad de ejercer sus derechos —derecho a la salud reproductiva— de conformidad con el marco nacional e internacional antes referido.
- 268.** La esterilización no consentida a la que se sometió a S.E. causó un grave daño físico y psicológico que transformó su cuerpo anulando su función reproductiva física constituyendo un acto de violencia y discriminación.
- 269.** Esta Primera Sala entiende que **la esterilización no consentida practicada a S.E. también constituyó un acto de violencia obstétrica.**

---

<sup>132</sup> Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 16, La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, 2005.



- 270.** Entendiendo por *violencia obstétrica*, una forma de violencia de género, expresada a través de un conjunto de prácticas deshumanizantes ejercidas en el ámbito de la salud, particularmente de la salud reproductiva, que redundan en la afectación de la autonomía, libertad y capacidad de las mujeres de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad. Una manifestación de la violencia obstétrica es, precisamente, una esterilización femenina no consentida.
- 271.** La violencia obstétrica implica violencia física, psicológica e institucional en términos de la Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.<sup>133</sup> S.E. sufrió *violencia física* pues, sin su consentimiento, se alteró de forma intencionada su capacidad física reproductiva; *violencia psicológica* al sufrir humillación, agresión e indiferencia por parte del personal médico que le practicó una OTB, así como una restricción a su autodeterminación. S.E. es víctima de *violencia institucional* pues estos actos provinieron de profesionales del ámbito de la salud pública.
- 272. Esta Primera Sala también llega a la conclusión de que la esterilización no consentida practicada a S.E. constituyó tortura.** La pérdida de la capacidad reproductiva de S.E. —estando ella en una edad reproductiva— a través de una OTB practicada sin su consentimiento, en un hospital público, en un ambiente de estrés, intimidación, amenazas y engaño, provocó un daño físico y psicológico que afectó de tal manera su integridad, dignidad, libertad y autonomía que implicó el sometimiento a un **acto de tortura**.
- 273.** Si bien la tortura se desarrolló en un principio en el contexto de la privación de la libertad y el desarrollo de un interrogatorio —como instrumento de castigo o intimidación— lo cierto es que, en el marco del derecho internacional de los derechos humanos, se ha reconocido que ésta así como

---

<sup>133</sup> Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, artículo 6.

los tratos crueles, inhumanos o degradantes, pueden actualizarse en otros contextos, entre ellos, los servicios de salud en los cuales las víctimas se encuentran indefensas, constituyéndose la tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes como violación a derechos humanos.<sup>134</sup>

**274.** Esta Primera Sala, a la luz del marco nacional e internacional que rige el derecho a la integridad personal<sup>135</sup>, reconoce la importancia de visualizar *otras formas de tortura o de tratos crueles, inhumanos o degradantes*, particularmente, con perspectiva de género; en advertencia de la situación de malos tratos que enfrentan las mujeres en el sector salud —salud reproductiva— resulta imperante un análisis de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, concretamente, de la prohibición absoluta de la tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

**275.** En este contexto se vuelve a resaltar lo informado por el Relator especial sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes,<sup>136</sup> en el sentido de que las mujeres son vulnerables a la tortura y a tratos crueles, inhumanos o degradantes cuando buscan asistencia médica, esto, generalmente, debido a la discriminación con motivo de género. Se reitera que los abusos y malos tratos infringidos a las mujeres que tratan de obtener servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y psicológicos.

**276.** El Relator se refiere particularmente a la *esterilización forzada o bajo coacción* como un acto de violencia y una forma de control social que viola el derecho de las personas a no ser sometidas a tortura. Para evitar esta situación se determina indispensable contar con el consentimiento pleno, libre e informado de la paciente.

<sup>134</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 32.9 (2016), párr. 263.

<sup>135</sup> CPEUM artículo 1, 16 y 20; Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 1.1, 5.1 y 5.2 y Declaración Universal de los Derechos Humanos artículos 3 y 5.

<sup>136</sup> Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 42.

- 277.** En el mismo sentido, se ha de considerar la Observación General No. 2 del Comité contra la Tortura de Naciones Unidas en relación con el particular riesgo que corren las mujeres de sufrir torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, y sus consecuencias, entre otros ámbitos, en los tratamientos médicos, particularmente, en el caso de decisiones relacionadas con la reproducción.
- 278.** También el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación 35, refirió expresamente la necesidad de advertir las violaciones a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en casos de esterilizaciones forzadas, aclarando que son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o un trato cruel, inhumano o degradante.
- 279.** A partir de lo anterior, en línea —y *en diálogo*— con lo resuelto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos —*Caso I.V. contra Bolivia*— y la Corte Europea de Derechos Humanos —*V.C. c. Eslovaquia*— esta Primera Sala concluye que la intensidad de la violación a la integridad física y psíquica de S.E, así como la afectación a su dignidad, autonomía y libertad derivada de la imposición de una OTB en un hospital público constituyó un **acto de tortura** que contraviene el artículo 1º constitucional y los diversos 1.1, 5.1 y 5.2 de la Convención Americana de Derechos Humanos y 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A continuación, se brindarán las razones para llegar a dicha conclusión.
- 280.** En general, conforme al artículo 1º de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes (la Convención contra la Tortura), ratificada por el Estado mexicano el 23 de enero de 1986, “se entenderá por el término "**tortura**" todo acto por el cual se inflija **intencionadamente** a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con **el fin** de obtener de ella o de un tercero información

o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o **coaccionar** a esa persona o a otras, o por cualquier razón **basada en cualquier tipo de discriminación**, cuando dichos dolores o sufrimientos sean **infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas**, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia”.

**281.** Por otra parte, el artículo 16 de la Convención contra la Tortura dispone que “todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción **otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y que no lleguen a ser tortura tal como se define en el artículo 1**, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona”.

**282.** Por otra parte, el artículo 2 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (la Convención Interamericana contra la Tortura) - ratificada por el Estado mexicano el 2 de noviembre de 1987- dispone que “para los efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica”.

**283.** Como se observa, desde la perspectiva de ambos tratados internacionales, la tortura y los tratos inhumanos, crueles y degradantes constituyen categorías diferentes. Asimismo, para que se configure la “tortura” deben

acreditarse cuatro los elementos para que un acto o serie de actos puedan calificarse como tortura: **i)** dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales; **ii)** la intencionalidad; **iii)** algún propósito o finalidad, y, **iv)** la participación del Estado.

**284.** En el presente asunto, esta Primera Sala estima que los cuatro elementos se encuentran acreditados.

**285.** Para determinar si la esterilización no consentida en el presente asunto, como acto de violencia de género, constituye un acto de tortura debe acreditarse primeramente un **sufrimiento físico o mental grave** —no sólo a partir de una valoración subjetiva de la víctima— sino a través de la valoración de factores endógenos y exógenos de la persona (duración de los tratos, edad, sexo, salud, contexto, vulnerabilidad, entre otros) que deberán ser analizados en cada situación<sup>137</sup>.

**286.** S.E. fue víctima de tortura porque, *primero*, se le impuso un método de anticoncepción permanente sin que existiera justificación médica para ello, alterándose sus órganos reproductivos de manera tal que, a sus 31 años, le es físicamente imposible reproducirse;<sup>138</sup> *segundo*, se le indujo a firmar una “autorización” para realizar este procedimiento a partir de intimidación, amenazas y engaños, específicamente, a partir de estereotipos de género; *tercero*, se le discriminó con base en su condición de mujer embarazada y, a partir de ello, autoridades y el personal médico tomaron decisiones en relación con su cuerpo; *cuarto*, se provocó una alteración mayúscula en su proyecto de vida, de vida familiar, porque ella quería tener más hijos; y *quinto*, la esterilización que le practicaron le provocó sentimientos de profunda tristeza y temor.

<sup>137</sup> Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 32.9 (2016), párrafo 267.

<sup>138</sup> Corte Europea de Derechos Humanos, V.C. v. Slovakia, página 27, párrafo 104.

**287.** Por otra parte, la **intencionalidad** queda acreditada, ya que la esterilización no consentida no provino de una conducta negligente por parte del personal involucrado, sino que la misma se realizó con conocimiento de causa. Como se mencionó, se decidió esterilizarla sin su autorización a partir de una disminución de su capacidad de decisión, por considerarse que alguien más —personal médico— podía tomar una mejor decisión en relación con su propio cuerpo. Las autoridades señaladas como responsables omitieron hacer mención de la normativa que regula el procedimiento de consejería necesario para practicarle una OTB; se le amenazó diciéndole que, si no firmaba la aceptación para practicarle una OTB, no recibiría atención médica; se le engañó y a sus familiares diciéndoles, a unos y a otros, que estaban de acuerdo en que le practicasen la OTB.

**288.** El **propósito o finalidad** se acredita porque la esterilización no consentida obedeció a razones discriminatorias. Las autoridades responsables impusieron la práctica de la OTB a partir del estereotipo de que corresponde a la mujer la función reproductiva, siendo ella incapaz de tomar decisiones responsables en relación con ésta. La esterilización no consentida a la que se sometió a S.E. causó un grave daño físico y psicológico que transformó su cuerpo anulando su función reproductiva física constituyendo un acto de violencia y discriminación.

**289.** Finalmente, la **participación estatal** es clara, ya que la esterilización no consentida se realizó en un hospital público, con el consentimiento de funcionarios públicos y de personas que actuaron en el ejercicio de la prestación de un servicio público esencial (salud).

**290.** De lo anterior, este Alto Tribunal concluye que la esterilización no consentida practicada a S.E. como un acto de violencia de género y violencia obstétrica, implicó un **grave sufrimiento físico y psicológico** perdurable, así como un dolor emocional considerable a nivel personal,

familiar y social que representó un **acto de tortura** perpetrado con el conocimiento de las autoridades involucradas y de personas que ejercen la prestación de un servicio público esencial (salud) con una finalidad discriminatoria.

### **3. Otras formas de violencia obstétrica**

- 291.** En su primero, segundo, tercero y quinto concepto de violación la quejosa recurrente narra que, aunado a la esterilización no consentida que le practicaron, el trato —la atención— que recibió por parte del personal médico constituyó violencia obstétrica vulnerando sus derechos a la integridad personal, salud, libertad reproductiva e información en el acceso a la salud.
- 292.** Relata que los médicos le proporcionaron información incompleta en relación con su estado de salud, específicamente, en relación con los riesgos que podría implicar otro embarazo; también aduce que se le brindó información contradictoria sobre su salud, pues a ella le indicaron que no era hipertensa y, posteriormente, se informó a sus familiares que debido a que había presentado presiones altas no era conveniente que se embarazara otra vez; refiere que su trabajo de parto se prolongó más tiempo del recomendado; que se le mantuvo aislada de sus familiares; se le solicitó su consentimiento para intervenirla quirúrgicamente mientras estaba en trabajo de parto, estrés quirúrgico y posible disminución de sus capacidades cognitivas y no se le dio oportunidad de escoger su método anticonceptivo.
- 293.** Refiere también que el personal médico actuó de forma paternalista al no ofrecerle otra opción que aceptar la OTB; las autoridades señaladas como responsables omitieron la normativa que regula el procedimiento de consejería necesario para practicarle una OTB; se le amenazó diciéndole que, si no firmaba, no recibiría atención médica; se engañó a ella y a sus

familiares diciéndoles, a unos y a otros, que estaban de acuerdo en que le practicaran la OTB.

- 294.** En la relatoría de hechos de la demanda de amparo describe que la Doctora señalada como responsable, ante la preocupación expresada por la quejosa recurrente sobre el diagnóstico en relación con la falta de líquido amniótico, le contestó: *“sí ya sé, ya me pasaron el reporte”*. Posteriormente, ante la respuesta negativa de la quejosa recurrente sobre la elección de algún método anticonceptivo, se le calificó de irresponsable y la Doctora le preguntó: *¿cuántos días más quieres durar aquí?*
- 295.** Finalmente, relata que la Doctora procedió a hablar con los familiares de la recurrente y, en ese momento señaló —en relación con su esposo— *“...espero que no sea un macho de esos que no entienden, y es más, si no, así te vas a quedar, a ver hasta qué hora te alivias.”*
- 296.** El planteamiento es esencialmente **fundado**.
- 297.** Para el análisis en cuestión esta Primera Sala pone de relieve la *particular naturaleza* de la violencia obstétrica que, a decir de la Comisión Nacional de Derechos Humanos<sup>139</sup>, así como de diversos organismos internacionales —la Organización de las Naciones Unidas<sup>140</sup> y la Organización Mundial de la Salud<sup>141</sup>— se invisibiliza en las relaciones asimétricas de poder donde converge el género y la autoridad médica.

---

<sup>139</sup> Comisión Nacional de Derechos Humanos, Recomendación General No. 31/2017, Sobre la Violencia obstétrica en el sistema nacional de salud.

<sup>140</sup> Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 19, La Violencia contra la Mujer, 1992 e Informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, Políticas y Prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y que contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen, 1999

<sup>141</sup> Organización Mundial de la Salud, El derecho a la salud, Folleto informativo No. 31 y Declaración sobre la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, 2014.



298. La CNDH afirma que *la falta de información estandarizada, exhaustiva y consensuada, criterios de identificación y definiciones sobre el maltrato a las mujeres durante el parto en las instalaciones de salud, complica la investigación y el desarrollo de herramientas necesarias para hacer frente a esta problemática.*<sup>142</sup> La ONU reconoce que a nivel mundial hay falta de consenso sobre el modo de definir y medir esta forma de violencia contra la mujer en los centros de salud.<sup>143</sup>
299. Como se refirió en el apartado teórico de esta sentencia, esta Primera Sala entiende por *violencia obstétrica* el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se experimenta principal, aunque no exclusivamente, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la salud sexual, embarazo, parto y post parto.
300. Este maltrato y violencia, como producto de un entramado multifactorial en el que converge la violencia institucional con la violencia de género, tiene que entenderse en el contexto de la violencia estructural que sufren las mujeres; como otras formas de violencia, **la violencia obstétrica — desafortunadamente— está tan normalizada que todavía no se considera como violencia contra la mujer.**
301. Ante este escenario, este Máximo Tribunal, en cumplimiento a sus obligaciones nacionales e internacionales en relación con los derechos de las mujeres, particularmente, con su derecho a vivir una vida libre de

---

<sup>142</sup> Ídem, página 10.

<sup>143</sup> Informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer , sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, Políticas y Prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y que contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen, 1999

violencia,<sup>144</sup> así como a partir de la consideración de que la violencia obstétrica se alega como acto reclamado violatorio en sí mismo de derechos humanos, analizará el dicho de la quejosa recurrente partiendo de que la autoridad responsable no justificó la negativa del acto reclamado.

**302.** Esto es, a partir de la consideración de que existían escasos o nulos mecanismos a disposición de la recurrente para probar los hechos en cuestión esto derivado, tanto de la particular condición de vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres en trabajo de parto, como de la relación asimétrica entre la paciente y el personal médico, esta Sala —ante la falta de justificación de la negativa de las autoridades responsables— tomará como base para el análisis del planteamiento que aquí se hace valer, el dicho de la quejosa derivado de la demanda de amparo, así como de las constancias que obran en autos, remitidas por la autoridad responsable consistentes en sus informes, así como en el expediente clínico de la quejosa recurrente.

**303.** Con base en lo anterior, como se desarrolla a continuación, esta Sala concluye que S.E. fue víctima de violencia obstétrica, como una forma de violencia de género, no sólo por la esterilización no consentida que se le practicó, sino también por el **maltrato recibido en su parto por las autoridades señaladas como responsables**, y sin bien los actos en análisis fueron negados por las autoridades señaladas como responsables, lo cierto es que, precisamente a la luz de la reversión de la carga probatoria, al no haberse justificado la negativa, esta Sala presumirá la certeza de dichos actos.

**304.** S.E. fue humillada, regañada, intimidada y agredida verbalmente por el personal que la atendió en su trabajo de parto, se le señaló como irresponsable por no haber decidido sobre un método anticonceptivo. Se

---

<sup>144</sup> Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, artículos 1, 2 y 4 y Convención Belem Do Pará, artículos 1 y 7.

menospreció su preocupación por su estado de salud —presión alta—y el de su hijo —líquido amniótico— el personal médico que la atendió, lejos de informarla con claridad sobre el desarrollo de su trabajo de parto, se mostró indiferente ante su estado emocional.

- 305.** Además, se le engañó al decirsele que su familia estaba de acuerdo en la práctica de la OTB y, con base en esto, solicitaron que firmara la autorización; se le mantuvo aislada de su familia y de cualquier persona de confianza. S.E. no recibió un trato personal, individualizado y respetuoso de sus convicciones, la indujeron a firmar un documento pre-impreso —machote— como autorización para practicarle un método de anticoncepción permanente, cuando ella ni siquiera había manifestado su intención de no tener más hijos.
- 306.** S.E. no fue tratada como una persona sana y consciente, capaz de tomar decisiones responsables en relación con su propio cuerpo, con su capacidad reproductiva; su capacidad de acción se redujo a la posibilidad de obedecer ante amenazas a su acceso a los servicios de salud que requería para salvaguardar su vida y la de su hijo. Como se refirió, S.E. no recibió información sobre su estado de salud, ni sobre las posibilidades, riesgos y consecuencias de los métodos de anticoncepción.
- 307.** Analizado los hechos en su conjunto, este Tribunal concluye que, bajo la presunción de certeza de los actos, el trato que recibió S.E. en su parto fue deshumanizado, descortés, grosero, humillante, además de discriminatorio por su condición de mujer embarazada, lo que actualiza violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género.
- 308.** El maltrato de las autoridades señaladas como responsables no sólo resulta contrario al derecho de S.E a la salud reproductiva, que ya ha sido expuesto en apartados anteriores conforme a la Constitución, los instrumentos convencionales y la Ley General de Salud, sino también contraviene la NOM

005-SSA2-1993 relativa a la planificación familiar —punto 4.4.1.7— que expresamente vincula y exige al personal de salud que en los servicios de salud reproductiva se conduzcan con “calidad y calidez”, en “un ambiente libre de interferencias”, “confidencial”, otorgando un “trato digno”, con respeto, consideración y atención, tomando en cuenta la opinión y los puntos de vista de las mujeres, y permitiéndoles decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, y el método de control de fertilidad que mejor cumpla sus expectativas.

- 309.** Las diversas acciones del personal de salud que atendió a S.E. —amenazas, engaños, intimidación, indiferencia— así como la omisión de informarla sobre las consecuencias, efectos y opciones de la OTB en términos de la normativa aplicable a este método de anticoncepción permanente constituyen violencia obstétrica.
- 310.** El maltrato del personal médico —basado en estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva— colocó a S.E. en una posición de indefensión que le impidió ejercer sus derechos de conformidad con el marco nacional e internacional y que le provocó una experiencia de sufrimiento y culpabilidad, no sólo por haber perdido su capacidad física de reproducirse a temprana edad, sino porque previo a esta intervención se le trató como un ser incapaz de tomar decisiones responsables en relación con su propio cuerpo. S.E. firmó, bajo amenazas, humillaciones y engaños, un documento con el que autorizó un procedimiento que la impide tener más hijos, sin que esto fuera parte de su plan de vida.
- 311.** S.E. fue víctima de violencia obstétrica como una forma de discriminación por su condición de mujer, lo cual vulneró, tanto su derecho a vivir una vida libre de violencia como también su derecho a la integridad personal, a la salud reproductiva y a la información en el acceso a la salud, lo cual resulta contrario al artículo 1º, 4 y 6 constitucionales; 13 de la Convención

Americana sobre Derechos Humanos; artículo 1° de la Convención Belem do Para; artículos 10 h), 12.1 y 12.2 de la Convención CEDAW y artículo 12 del Pacto Internacional del Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

- 312.** Finalmente, si bien todos estos actos no tendrían de manera aislada la entidad suficiente para configurar actos de tortura, la mayoría de ellos pueden catalogarse como “**tratos degradantes**” debido al nivel de su gravedad: las mismas generaron miedo, ansiedad y sentimientos de inferioridad y tuvieron la finalidad de humillar, degradar y romper la resistencia moral de S.E<sup>145</sup>.
- 313.** En mérito de todo lo expuesto, esta Primera Sala **concede el amparo y protección de la Justicia Federal a la quejosa \*\*\*\*\***

---

<sup>145</sup> Véase Corte Europea de Derechos Humanos, *Case of Ireland v. The United Kingdom*, (Application no. 5310/71), 18 de enero de 1978, párrafo 167.