

**AMPARO EN REVISIÓN
1064/2019**

**QUEJOSA Y RECURRENTE:

**PONENTE: MINISTRA NORMA LUCÍA PIÑA HERNÁNDEZ.
SECRETARIA DE ESTUDIO Y CUENTA: NATALIA REYES
HEROLES SCHARRER
SECRETARIO AUXILIAR: ANTONIO CONTRERAS ARELLANO**

Ciudad de México. Acuerdo de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, correspondiente a la sesión virtual de **veintiséis de mayo de dos mil veintiuno.**

VISTOS, y

RESULTANDO:

- 1. PRIMERO. Presentación de la demanda de amparo indirecto.** Por escrito presentado el veintiocho de febrero de dos mil dieciocho ante la Oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito en Materias Administrativa y de Trabajo en el Estado de Jalisco, *********¹, por propio derecho, promovió demanda de amparo indirecto en la que señaló como autoridades responsables y actos reclamados los siguientes:

¹ Originalmente la demanda indicaba que la promovía ********* y así fue admitida. Sin embargo, mediante posterior acuerdo de 7 de marzo de 2018, el juez de Distrito tuvo por recibido el escrito de la parte quejosa, a través del cual aclaraba cuál era su nombre, lo cual se hizo del conocimiento de las demás partes.

AMPARO EN REVISIÓN 1064/2019

A. Del Hospital General de Zona número 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social:

- *“Los tratos crueles, inhumanos y degradantes recibidos durante toda la etapa prenatal y de parto de mi embarazo los cuales transgreden el artículo 22 de la Constitución Federal.*
- *La violación a los artículos 1, 4, 16 y 22 de la Constitución Federal derivado de la esterilización forzada a la que fui sujeta.*
- *Falta de atención médica adecuada en términos de lo manifestado en el apartado de hechos.*
- *Incumplimiento de los numerales 4.4. (en especial el 4.4.4.) y 5.7 sobre las reglas para la prescripción de la OTB) de la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, al momento de la atención médica del parto que, de acuerdo con los hechos narrados derivó en una esterilización forzada.”*

B. De la doctora *********, adscrita al hospital antes referido:

- *“Incumplimiento de los numerales 4.4. (en especial el 4.4.4.) y 5.7 sobre las reglas para la prescripción de la OTB) de la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, al momento de la atención médica del parto que, de acuerdo con los hechos narrados derivó en una esterilización forzada.*
- *Los tratos crueles, inhumanos y degradantes recibidos durante toda la etapa prenatal y de parto de mi embarazo los cuales transgreden el artículo 22 de la Constitución Federal.*
- *La violación a los artículos 1, 4, 16 y 22 de la Constitución Federal derivado de la esterilización forzada a la que fui sujeta.*
- *La violación al derecho a la información.*
- *Violación a mi derecho a la salud.*
- *Violación al principio de legalidad al no haber actuado conforme a la NOM 005.”*

2. Además, en relación con las autoridades responsables y actos reclamados, la quejosa señaló en su demanda de amparo que si bien en los hechos hacía mención a la Unidad Médica Familiar No. 33 de San Marcos del Instituto Mexicano del Seguro Social, no era su voluntad tenerla como autoridad responsable, porque estimaba que los hechos violatorios de derechos humanos derivaban del Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, del referido Instituto.
3. Asimismo, la quejosa sostuvo que se violaron en su perjuicio los derechos contenidos en los artículos 1, 4, 6, 16 y 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
4. En relación con los **actos reclamados del Hospital General de Zona número 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco**, del referido Instituto destacó que los tratos crueles, inhumanos y degradantes que recibió durante toda la etapa prenatal, parto y puerperio configuran **violencia obstétrica** y que la **esterilización forzada** a la que fue sujeta es un **acto de tortura** ambos contrarios al artículo 22 constitucional.
5. Narró los antecedentes del caso y formuló los conceptos de violación que estimó pertinentes.
6. **SEGUNDO. Radicación del juicio, admisión y sustanciación.** Por razón de turno conoció de la demanda el Juzgado Tercero de Distrito en Materias Administrativa y de Trabajo en el Estado de Jalisco, con residencia en Zapopan, que por proveído de uno de marzo de dos mil dieciocho la registró bajo el expediente **665/2018**, la admitió a trámite, requirió los correspondientes informes justificados, dispuso la apertura

(por cuerda separada) del incidente de suspensión solicitado, dio intervención al agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a ese órgano jurisdiccional y señaló fecha y hora para la celebración de la audiencia constitucional.

7. **TERCERO. Audiencia constitucional y sentencia de amparo.** Seguido el juicio de amparo en el cual las autoridades responsables rindieron su informe con justificación, el veintitrés de abril de dos mil dieciocho tuvo verificativo la audiencia constitucional, en la que el juzgador dictó sentencia por la **que sobreseyó en el juicio respecto de la totalidad de los actos reclamados**, bajo la consideración de haberse actualizado su inexistencia.
8. **CUARTO. Presentación del recurso de revisión.** Por escrito presentado ante el juzgado de amparo mencionado, el diez de mayo de dos mil dieciocho, la quejosa, a través de su autorizado, interpuso recurso de revisión en contra de la sentencia de amparo, el cual se tuvo por recibido mediante auto dictado el catorce de mayo siguiente, y se remitió al Tribunal Colegiado de Circuito en turno.
9. **QUINTO. Trámite del recurso de revisión ante el Tribunal Colegiado de Circuito.** El Segundo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Tercer Circuito conoció del recurso de revisión, cuyo Magistrado Presidente, por auto de veintisiete de junio de dos mil dieciocho, ordenó registrar el recurso con el número de toca **R.A. 296/2018** y admitió a trámite el citado medio de impugnación.
10. Por acuerdo de cuatro de julio del mismo año, se tuvo por recibido el oficio de la Agente del Ministerio Público de la Federación adscrita a

dicho órgano jurisdiccional, por el cual manifestó en esencia que la parte quejosa recurrente no controvertía las consideraciones en que el juez de Distrito sustentó el sobreseimiento en el juicio de amparo.

11. Por auto de seis de septiembre de dos mil dieciocho, el Presidente del Tribunal Colegiado de Circuito, en cumplimiento al comunicado de la Comisión de Creación de Nuevos Órganos del Consejo de la Judicatura Federal, dispuso el envío del expediente al Segundo Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Novena Región, con residencia en la Ciudad de Zacatecas, Estado de Zacatecas, para que en apoyo de las labores jurisdiccionales, dictara la sentencia correspondiente.
12. Recibido que fue el expediente, mediante auto de doce de septiembre de dos mil dieciocho, el Tribunal Colegiado Auxiliar referido se avocó al conocimiento del asunto, que identificó bajo el número auxiliar **674/2018**.
13. En sesión de trece de diciembre de dos mil dieciocho, el citado Tribunal Colegiado de Circuito discutió el proyecto presentado y determinó dejar el asunto en lista para dar vista a la parte quejosa, en términos del artículo 64, segundo párrafo de la Ley de Amparo, con la causal de improcedencia advertida de oficio².

² Esencialmente el Tribunal Colegiado de Circuito precisó que los actos reclamados consistían en el consentimiento informado de planificación familiar de 1 de diciembre de 2017, respecto de la práctica del procedimiento consistente en la oclusión tubaria bilateral OTB o ligadura de trompas, así como la propia cirugía a consecuencia de aquél; por tanto, los demás señalados como actos reclamados consistentes en tratos crueles, inhumanos y degradantes; violación a la norma oficial mexicana, falta de atención médica adecuada, y violación al derecho a la salud e información, en realidad se concentraban en los precisados inicialmente.

Así, el citado órgano jurisdiccional colegiado indicó que a pesar de que en la propuesta se estimaban fundados los agravios de la quejosa para determinar la existencia de los actos reclamados conforme fueron precisados por el Tribunal Colegiado de Circuito, porque el sobreseimiento se apoyaba en aspectos propios del estudio de fondo; de oficio se advertía la causal de improcedencia prevista en

14. Por acuerdo de ocho de enero de dos mil diecinueve, se mandó dar vista a la quejosa con esa parte considerativa, misma que le fue notificada. Por acuerdo de veinticuatro siguiente, se tuvo por recibido el escrito del autorizado de la parte quejosa por el cual expresó que no se actualizaba la causal de improcedencia propuesta.
15. En consecuencia, el citado órgano jurisdiccional colegiado listó nuevamente el proyecto para verse en sesión de ocho de febrero de dos mil diecinueve; sin embargo, se determinó retirar el asunto, porque se tuvo conocimiento de que la parte quejosa había solicitado a esta Suprema Corte de Justicia de la Nación, ejerciera su facultad de atracción para conocer de este amparo en revisión.
16. **SEXTO. Facultad de atracción.** En atención a lo anterior, el catorce de febrero de dos mil diecinueve, la Magistrada Presidenta del Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar referido, decretó la suspensión del plazo para resolver el mencionado recurso de revisión hasta en tanto este Alto Tribunal se pronunciara respecto de la solicitud de ejercicio de la facultad de atracción directamente formulada ante él por los autorizados de la quejosa el seis de febrero de dos mil diecinueve.
17. El diecinueve de febrero siguiente, el Ministro Presidente de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación tuvo por recibido el oficio antes mencionado, con el que dio inicio al expediente de **solicitud de ejercicio de la facultad de atracción 57/2019**. En razón de la

el artículo 61, fracción XXIII, en relación con lo dispuesto en los numerales 1º y 5º, fracción II, en sentido contrario, todos de la Ley de Amparo, porque a quienes se atribuía el acto reclamado, no habían actuado en su carácter de autoridad, sino derivado de la relación de ente asegurador o prestador de un servicio médico.

petición de la promovente y ante su falta de legitimación para los fines pretendidos, la sometió a la consideración de la señora y señores Ministros integrantes de la Primera Sala.

18. Así, en sesión privada de veinticuatro de abril de dos mil diecinueve, la Ministra Norma Lucía Piña Hernández hizo suya la petición de solicitud de ejercicio de la facultad de atracción para conocer del amparo en revisión **296/2018**, del índice del Segundo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Tercer Circuito.

19. Luego de recibir los autos del tribunal colegiado de circuito, mediante proveído de veinte de mayo de dos mil diecinueve, el Ministro Presidente de esta Primera Sala admitió a trámite el presente asunto, emitiendo resolución el cuatro de septiembre de dos mil diecinueve, en el sentido de ejercer la facultad de atracción³.

20. **SÉPTIMO. Trámite del amparo en revisión ante este Alto Tribunal.** Por auto de catorce de enero de dos mil veinte, el Presidente de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación se avocó a conocer del amparo en revisión hecho valer por la parte quejosa; se radicó bajo el

³ Por mayoría de tres votos de los Ministros Norma Lucía Piña Hernández (Ponente), Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena y Juan Luis González Alcántara Carrancá, contra el emitido por el Ministro Luis María Aguilar Morales. Ausente el Ministro Jorge Mario Pardo Rebolledo.

En la parte considerativa de esa resolución, destaca lo ahí referido de manera sintética en que conforme a los antecedentes del caso la litis del asunto se refería a la determinación judicial en amparo indirecto de la actualización de una violación al derecho a la salud, a la integridad personal, a la información de la autonomía reproductiva y al derecho a una vida libre de violencia por parte de una institución de salud pública; por lo que lo anterior de manera preliminar planteaba como mínimo las siguientes posibles problemáticas a resolver: (i) La actualización de violencia obstétrica, entendida como una forma de violencia de género en el embarazo; (ii) La violación al consentimiento informado para tomar decisiones médicas; (iii) La actualización de esterilización forzada, derivada de la práctica de un tratamiento de obstrucción tubaria bilateral como violación a la integridad personal y como una forma de tortura; y (iv) Violación al derecho a la autonomía reproductiva ante la imposición de un determinado método anticonceptivo por parte de personal de salud de una institución pública.

AMPARO EN REVISIÓN 1064/2019

expediente **1064/2019**, el cual por razón de la materia en que incidía fue enviado a la Primera Sala y turnado a la Ministra Norma Lucía Piña Hernández.

21. **OCTAVO. Avocamiento en la Sala.** Por acuerdo de veintiuno de febrero de dos mil veinte, el Ministro Presidente de la Primera Sala de este Alto Tribunal, determinó que ésta se avocara al conocimiento del presente asunto y, ordenó que en su oportunidad se enviaran los autos a su ponencia designada.
22. **NOVENO. Amicus Curiae.** Con fecha veinte de abril de dos mil veintiuno, se presentó en la Oficina de Certificación Judicial y Correspondencia de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación, un escrito firmado por *********, quien se ostenta como Directora de Grupo de Información en Reproducción Elegida, Asociación Civil, mediante el cual realiza diversas manifestaciones con relación al presente amparo en revisión bajo la figura de “*amicus curiae*”.

CONSIDERANDO:

23. **PRIMERO. Competencia.** Esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación es competente para conocer del presente recurso, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 107, fracción VIII, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 81, fracción I, inciso e) de la Ley de Amparo vigente; así como por los artículos 11, fracción V y 21, fracción XI, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación; y conforme a lo previsto en el punto Tercero del Acuerdo General Plenario 5/2013, publicado en el Diario Oficial de la Federación el veintiuno de mayo de dos mil trece,

y modificado mediante instrumentos normativos de nueve de septiembre de dos mil trece y cinco de septiembre de dos mil diecisiete.

24. Lo anterior, porque el recurso fue interpuesto en contra de una sentencia dictada en un juicio de amparo indirecto y esta Primera Sala ejerció su facultad de atracción para conocer del asunto, aunado a que no resulta necesaria la intervención del Pleno de este Alto Tribunal, y que en términos del artículo 86, párrafo primero, del Reglamento Interior de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación también corresponde a esta Primera Sala conocer de asuntos en materia administrativa, de manera que si no existe solicitud de diverso Ministro para que lo resuelva el Pleno; entonces, en términos de lo dispuesto en el punto Tercero del Acuerdo Plenario 5/2013, esta Sala debe avocarse a su conocimiento.
25. **SEGUNDO. Legitimación.** ***** cuenta con legitimación para promover el presente recurso, pues tiene reconocida la calidad de autorizado en términos amplios, por parte de la quejosa, como se advierte del auto admisorio de la demanda de amparo, de uno de marzo de dos mil dieciocho, emitido por el juez de Distrito en el juicio de amparo indirecto cuya sentencia aquí se recurre.
26. **TERCERO. Oportunidad.** El recurso se presentó dentro del plazo de diez días a que refiere el artículo 86 de la Ley de Amparo, pues la sentencia de amparo fue notificada a la quejosa por lista del veinticuatro de abril de dos mil dieciocho y surtió efectos el veinticinco siguiente; entonces el plazo para interponer el recurso transcurrió del veintiséis de abril al diez de mayo del mismo año, excluyendo los días veintiocho y veintinueve de abril, así como uno, cinco y seis de mayo de dos mil

dieciocho, por haber sido inhábiles en términos de lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley de Amparo. Por tanto, si el recurso se presentó el diez de mayo de dos mil dieciocho en la Oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito en Materias Administrativa y de Trabajo en el Estado de Jalisco, a la que pertenece el juez de Distrito que dictó la sentencia de amparo, se concluye que se hizo valer oportunamente.

- 27. CUARTO. Antecedentes.** Previo a dar respuesta a los argumentos de agravio conviene relatar los antecedentes que dan contexto al presente asunto.

I. Antecedentes de los actos reclamados.

- 28.** Como hechos en vía de antecedentes de los actos reclamados, la quejosa señaló:

*“1. Mi nombre es *****, tengo ***** años y soy beneficiaria del IMSS con número de seguridad social ***** por mi esposo quien es derechohabiente del mismo.*

2. Desde el tercer mes de embarazo, inicié mi control prenatal en la Unidad Médica Familiar no. 33 de San Marcos del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Municipio de Tonila en Jalisco. Acudí mensualmente a consultas de seguimiento y en algunas ocasiones acudí al Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán del Instituto Mexicano del Seguro Social para realizarme estudios y ultrasonidos, cabe mencionar que en ningún momento se me otorgó consejería con relación a los métodos anticonceptivos que podría emplear.

3. A partir del séptimo mes de embarazo en algunas ocasiones comencé a presentar presión alta por lo que, en la Unidad Médica Familiar No. 33 de San Marcos me pidieron que me tomara la presión una vez por semana aunque algunas veces me llegaron a tomar la presión hasta 4 o 5 veces por semana.

4. Entre el 21 y 22 de enero de 2017 acudí a una consulta médica al Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán del Instituto Mexicano del Seguro Social. El médico que me atendió me entregó un papel en donde había una relación de las veces que me habían tomado presión y al final hacía constar que no era hipertensa ni tenía ningún problema con mi embarazo.

5. El domingo 29 de enero de 2017, con 38 semanas de gestación acudí a la Unidad Médica Familiar No. 33 de San Marcos porque empezaban los dolores de parto; me tomaron la presión y me dijeron que la tenía elevada por lo que me dieron un pase para el Hospital General de Zona No. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Ciudad Guzmán en el Estado de Jalisco.

6. Mi mamá trabaja en la caseta de la autopista denominada San Marcos, por lo que, le pidió de favor al personal de la cruz roja que me trasladaran al Hospital de Ciudad Guzmán. Los paramédicos de la cruz roja en el trayecto a Ciudad Guzmán me tomaron de nuevo la presión y estaba normal.

7. Aproximadamente a las 12 de la noche del 29 de enero ingresé al Hospital de Ciudad Guzmán con pocos dolores de parto. En cuanto llegué me pasaron a urgencias, en donde escuché que no había ginecólogos, me tomaron la presión y me dijeron que estaba alta pero sólo me dieron medicamento para restablecerla a los índices normales y me dejaron en urgencias toda la noche. Las enfermeras de turno me revisaron la presión constantemente en el tiempo que estuve en esa área.

8. El lunes 30 de enero llegó la ginecóloga, me hizo el tacto y me dijo que todavía no tenía dilatación. Me aplicaron medicamento para que dilatara pero no hizo efecto a pesar de que me aumentaron las dosis.

9. Al momento de preguntar sobre los niveles de mi presión me decían que estaba bien pero no me hicieron un ultrasonido, solamente basaban su diagnóstico en los ultrasonidos que me había realizado con anterioridad en San Marcos. Una vez que me controlaron los niveles de mi presión, me retiraron el medicamento.

10. El martes 31 de enero me dijeron que me pasarían a cama para hacerme un estudio de orina, que el bebé estaba bien pero que todavía no estaba en término. En la noche de ese mismo día tuve sangrado, no me revisaron y de nuevo presenté presión alta, por lo que, las enfermeras me aplicaron nuevamente el medicamento para la presión. Después, me pasaron otra vez a urgencias, me revisó el médico y me dijo que apenas tenía 2 centímetros de dilatación.

11. El miércoles 1 de febrero, durante el turno de la mañana otra doctora me revisó y se dio cuenta que ya no tenía líquido amniótico. Yo no me di cuenta cuando se me reventó la fuente, creo que fue en una ida al baño pues oriné 'demasiado'.

12. Fue hasta el turno vespertino a las 14:50 horas del miércoles cuando me pasaron a quirófano, tal y como consta en mi expediente clínico. En ese momento yo estaba muy preocupada por la falta de líquido amniótico por lo que, así se lo hice saber a **la ginecóloga ******* quien me contestó malhumorada y de forma muy cortante: 'sí, ya sé, ya me pasaron el reporte'.

13. 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.

14. 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’.

15. *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.*

16. *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.*

17. *Días después de la cesárea y la OTB comencé a tener mucho dolor en la zona de la operación así que fui con un ginecólogo particular en San Marcos, él me hizo un ultrasonido y me dijo que me dolía porque me habían dejado líquido al interior de la matriz y se había generado una infección. Este médico me realizó un procedimiento, en el que sacó el líquido que había en mi matriz, limpió la zona y me recetó antibióticos.*

18. *En febrero de 2017 tuve mi última consulta médica en la que me dijeron que me encontraba bien de salud y que los malestares que presentaba eran normales debido a la cirugía que me habían practicado; sin embargo, desde esa fecha tengo dolor intenso a nivel abdominal que me produce calambres en las piernas, impidiendo en algunas ocasiones realizar mis actividades diarias de manera normal además de que también tengo mareos.”*

29. Como apartado específico, agrega una **precisión terminológica** en la que se aclara que, si bien la “*esterilización forzada*” se usa en el ámbito penal para señalar una conducta típica, en el ámbito nacional e internacional de los derechos humanos se utiliza para referirse a un conjunto de violaciones de derechos humanos, específicamente reproductivos. Se precisa que en la demanda el término *esterilización forzada* se usa conforme a la segunda acepción en tanto, sin desconocerse la existencia del tipo penal, lo que se pretende es un análisis de violaciones a derechos humanos.
30. Incluye un apartado específico sobre la **integración de la perspectiva de género**; con base en jurisprudencia de este Alto Tribunal⁴ así como a partir de lo señalado en el *Protocolo para juzgar con perspectiva de género emitido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación*, refiere la importancia de que en el caso se adopte esta metodología con el objeto de detectar la presencia de tratos diferenciados —basados en el sexo, el género o las preferencias sexuales— y determinar si dicho trato es legítimo, o por el contrario, resulta discriminatorio.
31. También aborda la **situación de la esterilización forzada en México** como una práctica violatoria de los derechos a la salud, la igualdad, la no discriminación y la vida privada; refiere que en dos mil trece, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre Tortura, concluyó que la esterilización forzada puede constituir una violación a la prohibición absoluta de la tortura, además de recordar que esta práctica cometida

⁴ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Registro digital: 2011430. Instancia: Primera Sala. Décima Época. Materias(s): Constitucional. Tesis: 1a./J. 22/2016 (10a.). Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 29, Abril de 2016, Tomo II, página 836. Tipo: Jurisprudencia. **ACCESO A LA JUSTICIA EN CONDICIONES DE IGUALDAD. ELEMENTOS PARA JUZGAR CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

como un acto sistemático o generalizado contra una población civil constituye un delito de lesa humanidad.

32. Señala que en México la esterilización forzada está tipificada en el Código Penal Federal y en 15 códigos locales; la Ley General de Salud prevé sanciones —multa— para quien la practique, regulación que se replica en diversas leyes estatales de salud. En el contexto de la provisión de servicios médicos, se introduce el concepto de *consentimiento informado* específicamente en el contexto de la decisión de las mujeres de adoptar algún método anticonceptivo.

II. Juicio de amparo indirecto

33. Contra los actos señalados como reclamados transcritos al inicio de esta resolución, la quejosa promovió una demanda de amparo indirecto, en la que, esencialmente, hizo valer los siguientes **conceptos de violación**:

PRIMERO. Violación al derecho a la integridad personal. De conformidad con lo establecido en los artículos 22 de la Constitución y 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en relación con la doble vertiente de este derecho —el respecto a la integridad física, psíquica y moral y la prohibición de tortura y de penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes— aduce que se vulneró su integridad personal al practicársele una esterilización forzada.

Refiere que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) y el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) han determinado que, sin consentimiento informado, un procedimiento de esterilización constituye una esterilización forzada y una grave violación a los derechos. En el mismo sentido señala que el Relator Especial sobre Tortura y otros Tratos o

Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes de la ONU determinó, esencialmente, que la esterilización forzada es un acto de violencia y una forma de control social que viola el derecho de las personas a no ser sometidas a tortura y malos tratos.

Aduce la interferencia que implica la esterilización forzada en la salud reproductiva de las personas, así como en el bienestar físico, mental, vida emocional, espiritual y familiar, especialmente en el caso de las mujeres, señala la condición de vulnerabilidad en que éstas se encuentran debido a los estereotipos de género negativos o perjudiciales, incluida la asignación social y cultural de que a ellas corresponde la función reproductora y la responsabilidad de la anticoncepción.

Relata que en su caso se efectuó un procedimiento de esterilización en un hospital público inmediatamente después de haber dado a luz a su segundo hijo por cesárea, al considerarse que el procedimiento era necesario porque otro embarazo conllevaba riesgos, sin embargo, dicha información se proporcionó de manera incompleta y con la finalidad de presionar para que se accediera al procedimiento.

Refiere que no se cumplió con el requisito previo del consentimiento informado, pues se pidió su consentimiento para la esterilización mientras estaba en trabajo de parto de manera que no se le permitió tomar una decisión por su propia voluntad, lo que es contrario a lo resuelto por esta Primera Sala en la contradicción de tesis 93/2011 sobre las características que debe revestir este derecho.

Precisa que las autoridades responsables fueron omisas en cumplir varios requisitos del consentimiento informado, pues no se le explicó en tiempo y forma que también existen anticonceptivos transitorios; que la esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico que entraña riesgos; que de resultar exitosa la obstrucción tubaria bilateral (OBT) no podría tener más hijos; que el procedimiento se considera permanente y probablemente no sea posible revertirlo; que podía decidir en contra

del procedimiento sin perder derecho a otros beneficios médicos o sanitarios.

Precisa que el procedimiento de esterilización interfirió con su integridad física y mental ya que, a sus 31 años, se vio privada de su capacidad reproductiva. Aclara que la doctora pidió que firmara mientras estaba sufriendo trabajo de parto, después de que el personal médico le dijera que si no firmaba no recibiría atención médica lo cual provocó graves secuelas médicas y psicológicas.

Agrega que de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos la *infertilidad forzada* constituye un perjuicio tan extenso que equivale a trato cruel, inhumano y degradante y podría ser equivalente también a un acto de tortura.

SEGUNDO. Violación al derecho a la salud. Las autoridades responsables vulneraron su derecho a la salud, específicamente, a la salud reproductiva en términos del cual se debe garantizar el derecho de las mujeres a una maternidad sin riesgos y tratamiento médico de calidad durante el embarazo y el parto; el derecho a controlar la salud y su cuerpo, no padecer injerencias como ser sometida a tortura y tratamientos médicos no consensuales.

Refiere que a nivel internacional, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA ha reconocido que la integridad física y los derechos sexuales y reproductivos son condición indispensable para la salud reproductiva; a nivel nacional, el Programa Nacional de Salud Reproductiva 2001-2006 reconoce la incorporación de las perspectiva de género en el sector salud y el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación Contra las Mujeres tiene como uno de sus objetivos eliminar las desigualdades que impiden a las mujeres alcanzar una salud integral.

En un primer apartado relativo al **núcleo esencial del derecho a la salud como derecho humano** precisa que en interpretación del

artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el Comité en su Observación General 14, señaló que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano; entraña libertades y derechos como el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genética, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos médicos no consensuales.

Refiere que también es criterio de esta Suprema Corte que el derecho a la salud no se limita a la salud física del individuo, sino que incluye el estado mental y emocional del individuo; este derecho se debe traducir en un bienestar general integrado por un estado físico, mental, emocional y social de la persona. Precisa que este bienestar integral físico y emocional constituye el “núcleo esencial” del derecho a la salud.

En un segundo apartado sobre **el desarrollo jurídico en torno al derecho a la salud a la luz del derecho nacional e internacional de los derechos humanos**, desarrolla los derechos y obligaciones específicas que subyacen al hablar del derecho a la salud. Refiere criterios de esta Suprema Corte, en relación con la Observación General 14 del Comité de los DESC, en el sentido de que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con este derecho.

Cita jurisprudencia de esta Primera Sala en la que se desarrolla que el derecho a la salud comprende, entre varios elementos, el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado,

medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobado y en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas⁵.

Finalmente, en un tercer apartado expone **el acto reclamado como violación al derecho a la salud**; sostiene que la falta de control prenatal, la violencia obstétrica sufrida, la esterilización forzada a la que fue sujeta se traduce en una afectación a su derecho a la salud al impedirle alcanzar un estado de salud física, psicológica y social integral en los términos referidos en apartados previos.

Precisa que tanto el Hospital General de la Zona No. 9 del IMSS como la Doctora Vargas como agente del Estado violaron su derecho a la salud desde el momento en que ingresó al hospital hasta el día de hoy que enfrenta secuelas derivadas de la deficiente atención médica. Refiere que la atención médica que recibió durante el parto fue contraria a su derecho a la salud en términos del marco nacional e internacional pues: (i) la mantuvieron 4 días en trabajo de parto, contraviniendo protocolos médicos; (ii) se efectuó de manera incorrecta la OTB lo que provocó una infección que debió atenderse con un médico particular; (iii) derivado de la esterilización forzada que se le realizó sufre intensos dolores abdominales y calambres en las piernas que le impiden realizar sus actividades diarias con normalidad; (iv) no se efectuó un ultrasonido al momento de su ingreso al Hospital y (v) no había ginecólogo que atendiera su trabajo de parto.

Señala que de la Ley General de Salud y su Reglamento, así como de la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar, se desprende la obligación de prestar los servicios de salud, específicamente de planificación familiar, en un marco de libertad y respeto al derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y

⁵ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Registro digital: 167530. Instancia: Primera Sala. Novena Época. Materias(s): Administrativa. Tesis: 1a./J. 50/2009. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIX, Abril de 2009, página 164. Tipo: Jurisprudencia. **DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.**

espaciamiento de sus hijos y proporcionar a los usuarios información especializada al respecto. En este contexto, el consentimiento informado debía comprender tanto el acceso a la información sobre los distintos métodos de planificación familiar, como la libre decisión de escoger entre ellos, dándole posibilidad de aceptar o rechazar los existentes.

TERCERO. Violación al derecho a la libertad y autonomía reproductiva. En términos de lo previsto en el artículo 4° constitucional sobre el derecho que tiene toda persona de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, refiere que este derecho involucra —de conformidad con un precedente del Tribunal Pleno— el libre desarrollo de la personalidad, pues cada individuo elegirá, de manera autónoma, su proyecto de vida.

Refiere el derecho al consentimiento informado específicamente en materia de planificación familiar y cita la NOM 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar conforme a la cual el personal médico está obligado a tomar en cuenta en todo momento la decisión y el consentimiento responsable e informado de los usuarios que deben ser respetados en forma absoluta sin inducirse la aceptación de un método anticonceptivo especial.

Alega que la información acerca de la OTB debió impartirse con anterioridad mediante una consejería y de forma amigable, lo que en el caso no aconteció, pues firmó durante el trabajo de parto condicionándose la cesárea a que accediera a la esterilización mediante la OTB. No tuvo oportunidad de elegir su método anticonceptivo, no se le informó al respecto, no se recabó su consentimiento informado previo y se truncó su deseo de ser madre por tercera vez violándose así su derecho a la libertad y autonomía reproductiva.

De lo anterior concluye que en el caso se actualiza una *esterilización forzada* al no observarse los lineamientos necesarios para un método

anticonceptivo permanente como la OTB, en específico, se desacató la NOM 005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar; así se ha de tomar en cuenta que se está ante un acto omisivo que actualiza la reversión de la carga de la prueba a cargo de las autoridades responsables.

El numeral 4.4.4 de la citada norma oficial mexicana prevé que el proceso de consejería debe impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita al prestador de servicios, con anterioridad a la decisión y selección del método anticonceptivo y no se efectuará ante situaciones de crisis y en aquellas en que la capacidad de juicio o raciocinio se encuentren comprometidas. Bajo la situación en que se encontraba la quejosa el consentimiento se realizó bajo presión emocional, no se le dio oportunidad de escoger algún método anticonceptivo, no se le hicieron saber las ventajas y desventajas de la OTB, no se le brindó consejería alguna, ni se recabó su consentimiento informado previo.

CUARTO. Violación al derecho a un proyecto de vida. A partir de lo resuelto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Loayza Tamayo Vs. Perú*, en el sentido de que difícilmente se puede decir que una persona es libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación, alega que se vulneró su derecho a un proyecto de vida pues se le sometió a una esterilización forzada.

Aduce que es criterio del Tribunal Europeo de Derechos Humanos — caso *V.C. Vs. Eslovaquia*—que una esterilización forzada puede generar sentimientos de miedo, angustia e inferioridad y sus efectos llevan a un sentimiento perdurable en el que también pueden sentirse degradadas y humilladas al enterarse de lo anterior, así como sufrir depresión, sentimientos de aislamiento y humillación.

Sostiene que el coartar su derecho a procrear le impuso circunstancias nuevas y adversas y modificó los planes y proyectos que tenía

formulados alterando de forma sustancial su desarrollo individual. Se provocó un daño a su proyecto de vida entendiéndolo como una expectativa razonable y accesible, en el caso concreto, implicó la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal en forma irreparable o muy difícilmente reparable. El Estado impidió de manera arbitraria que continuara con su vida reproductiva.

QUINTO. Violación al derecho a la información. A partir de lo dispuesto en el artículo 6 constitucional y 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 10 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aduce una violación a su derecho a la información en el acceso a servicios de salud reproductiva.

Destaca que para que los derechos reproductivos de las mujeres tengan plena vigencia debe garantizarse, entre otros, el derecho a la información para que éstas estén en aptitud de tomar decisiones sobre su salud y acceder a servicios de calidad, en este contexto, refiere que el consentimiento informado para que las mujeres estén en posibilidad de decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos ofrecidos.

Señala que de la jurisprudencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación se desprende que el derecho a la información en relación con los derechos reproductivos representa un derecho fundamental que promueve la autonomía personal de las mujeres y posibilita el ejercicio de su libertad de expresión y demás derechos humanos⁶.

Señala que la falta de información clara, veraz y oportuna por parte del personal de salud que le atendió, provocó afectaciones en su bienestar

⁶ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Registro digital: 169574. Instancia: Pleno. Novena época. Materias(s): Constitucional. Tesis: P./J. 54/2008. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXVII, Junio de 2008, página 743. Tipo: Jurisprudencia. **ACCESO A LA INFORMACIÓN. SU NATURALEZA COMO GARANTÍAS INDIVIDUAL Y SOCIAL.**

físico y mental; aunado a que su derecho a la información en materia de salud se violó en reiterados momentos: (i) se le indicó que no era hipertensa; (ii) se indicó a sus familiares que no era conveniente que tuviera otro embarazo debido a que había presentado presiones altas; (iii) se indicó a sus familiares que ya habían hablado con ella y que estaba de acuerdo y había firmado y (iv) se le obligó a firmar un documento sin explicación de las implicaciones y posibles efectos secundarios de la OTB.

SEXTO. Violación al derecho a una vida libre de violencia. En términos de lo dispuesto en el artículo 1° constitucional, artículo 7 de la Convención Belem do Pará y la Ley General y leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia resulta que cualquier acto basado en el género que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, en el ámbito público o privado constituye violencia contra las mujeres.

Aduce que se cometió violencia institucional en su contra por las fallas en el actuar de los profesionales de la medicina que obviaron la normativa existente en relación al consentimiento informado, vulnerando su integridad personal, su salud, su derecho a la información en materia de salud, su libertad reproductiva, su autonomía personal, su derecho a beneficiarse del progreso científico, su derecho a la igualdad y no discriminación lo que, en su conjunto, redundó en la comisión de actos de violencia de género.

La esterilización no consentida es una forma de violencia contra las mujeres por lo que el Estado debe actuar con la debida diligencia para investigar y sancionar a los responsables de la misma. En el marco de la atención médica y los servicios de salud, las mujeres siguen siendo vulnerables a sufrir violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos en la mayoría de los casos a través de prácticas

discriminatorias que son consecuencia de la aplicación de estereotipos de género en su perjuicio.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer se ha pronunciado sobre la necesidad de adoptar medidas efectivas para prevenir y remediar la ocurrencia de esterilizaciones no consentidas, involuntarias, bajo coerción o forzadas; entre las medidas a adoptar se prevé el establecimiento de sanciones apropiadas y medidas de compensación.

Entre otros, el Comité de Derechos Humanos ha referido la importancia de regular en el derecho interno, un derecho de indemnización de las personas sometidas a esterilización forzada; el Comité contra la Tortura ha resaltado la importancia de investigar de manera rápida, imparcial, exhaustiva y efectiva las denuncias de esterilización involuntaria, forzada o bajo coerción a fin de identificar, procesar y castigar a los autores, así como proporcionar a las víctimas una indemnización equitativa y adecuada.

La práctica internacional evidencia una gama de medidas para remediar una esterilización no consentida, involuntaria, coercitiva o forzada, lo cual dependerá de las circunstancias del caso y del contexto en que sucedan los hechos. De cualquier forma, este tipo de prácticas no pueden quedar impunes, porque conduciría a perpetuar desde lo institucional estereotipos discriminatorios en el ámbito de la salud reproductiva que se basaban en la creencia de que las mujeres no eran competentes para la toma de decisiones sobre su cuerpo y salud. No implicaba que necesariamente la vía penal fuera exigible en todos los casos, pero sí que el Estado debía disponer de mecanismos accesibles para presentar reclamos, que fueran adecuados y eficaces para el establecimiento de responsabilidades individuales, en el ámbito

disciplinario, administrativo o judicial, según correspondiera, a fin de reparar a la víctima de forma adecuada.

III. Sentencia de amparo

34. Seguido el juicio de amparo, el juez de Distrito dictó sentencia por la cual sobreseyó en el juicio por inexistencia de los actos reclamados, atento al punto resolutivo siguiente:

*“ÚNICO. Se sobresee en el presente juicio de garantías, promovido por *****, contra las autoridades responsables y por los actos precisados en el considerando tercero de la presente resolución.”*

35. El juez de Distrito fundó la sentencia de amparo en las consideraciones sustanciales siguientes:
- Después de fijar su competencia en la materia administrativa, tuvo como autoridades responsables: **A.** Director del Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social y **B.** Doctora *****, adscrita a ese hospital a la fecha de los hechos narrados por la quejosa, perteneciente actualmente al Hospital General Regional 180, de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, del mismo Instituto.
 - Preciso que los actos reclamados a ambas autoridades responsables consistían en los siguientes: **a)** Los tratos crueles, inhumanos y degradantes recibidos durante toda la etapa prenatal y de parto; **b)** La esterilización forzada; **c)** La falta de atención médica adecuada; **d)** Incumplimiento de los numerales 4.4 (en especial el 4.4.4) y 5.7 de la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA-S-1993, de los Servicios de Planificación Familiar; **e)** Violación al derecho a la información; y **f)** Violación al derecho a la salud.

- El juez de amparo sobreseyó en el juicio al estimar inexistentes los actos atribuidos a ambas autoridades señaladas como responsables, consistentes en **a)** tratos crueles, inhumanos y degradantes recibidos durante toda la etapa prenatal y de parto, **g)** la esterilización forzada, **e)** la violación al derecho a la información, y **f)** la violación al derecho a la salud. Lo anterior, bajo la consideración de que la quejosa omitió desvirtuar la negativa que aquéllos hicieron valer en sus informes justificados.
- Por cuanto hace a los diversos actos atribuidos a dichas autoridades señaladas como responsables, consistentes en **c)** falta de atención médica adecuada y **d)** el incumplimiento de los numerales 4.4.4, y 5.7, de la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de planificación familiar, el juez de Distrito sobreseyó en el juicio al estimar acreditada su inexistencia derivado del examen de las constancias del expediente clínico y conforme a las disposiciones de la citada norma oficial mexicana; particularmente por existir un consentimiento informado firmado por la quejosa, así como una solicitud de intervenciones quirúrgicas y registros de las mismas igualmente signadas por aquélla, respecto de una cesárea y una oclusión tubaria bilateral, sin advertir indicios de coacción que influyeran en la decisión de la quejosa.

IV. Recurso de revisión

- 36.** Inconforme con esa determinación, la quejosa –a través de su autorizado– promovió el recurso de revisión que, sin resolución previa del Tribunal Colegiado de Circuito, fue atraído por esta Primera Sala y constituye la materia del presente asunto.

Agravios

- 1. Indebido sobreseimiento del acto reclamado consistente en tratos crueles, inhumanos y degradantes.**

Sostiene que fue indebido el sobreseimiento decretado por el Juez de Distrito respecto de los tratos crueles, inhumanos y degradantes, ya que, en primer lugar, la Segunda Sala de la Suprema Corte al resolver el amparo en revisión 601/2017 —asunto relacionado con la prestación de servicios de salud— sostuvo que no puede sobreseerse en el juicio considerando que la quejosa no aportó medios de prueba que acreditaran violaciones graves a los derechos humanos, porque tales violaciones constituyen el fondo del asunto, de manera que será hasta ese momento en que, a la luz de las pruebas, se hará tal pronunciamiento.

Además, argumenta que de conformidad con el artículo 1º de la Constitución, el Estado tiene la obligación de garantizar los derechos de las víctimas y obtener y asegurar toda prueba que pueda acreditar los actos alegados, de ahí que el juez no podía alegar las pretendidas cargas probatorias para decretar la improcedencia en el juicio de amparo.

Adicionalmente, la quejosa recurrente indicó que el Pleno de este Alto Tribunal, en la tesis P. XXI/2015 (10a.), de rubro: *“ACTOS DE TORTURA. OBLIGACIONES POSITIVAS ADJETIVAS QUE DEBE CUMPLIR EL ESTADO MEXICANO.”*, ha establecido que en casos donde se reclamen tratos crueles, inhumanos o degradantes, la carga de la prueba de este tipo de hechos recae en el Estado, por lo que no es válido que se argumente que el denunciante no probó plenamente su denuncia para descartarla.

Refiere que cuando se alegan tratos crueles, inhumanos y degradantes, como en su caso, una violación al derecho a la integridad personal, en su vertiente de esterilización forzada, debe ser sujeta de mayor escrutinio por parte de los juzgadores, por la condición particular de vulnerabilidad en que se encuentra la quejosa.

En el caso se efectuó un procedimiento de esterilización en un hospital público por parte de una médica que funge como trabajadora del

Estado, sin que la esterilización se considerara como una cirugía que salvara su vida, y como no existía una emergencia, el consentimiento informado de la quejosa era necesario previo al procedimiento.

2. Indebido sobreseimiento de los actos reclamados consistentes en el incumplimiento de la NOM y la esterilización forzada.

Fue incorrecto el sobreseimiento de los actos reclamados consistentes en el incumplimiento de la norma oficial mexicana, la falta de atención médica adecuada y la esterilización forzada pues el juez otorgó indebidamente valor probatorio al consentimiento informado sin tomar en cuenta sus deficiencias; además de que valoró de manera indebida el cumplimiento de la NOM005.

2.1. Valoración del consentimiento informado en planificación familiar.

En relación con los requisitos para la validez de un consentimiento informado refiere la quejosa que en el amparo directo en revisión 2162/2014, esta Primera Sala determinó, a la luz de la Ley General de Salud el derecho de los pacientes de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria respecto de su salud sobre riesgos y alternativas de los procedimientos y, sobre todo, a decidir libremente la aplicación de dichos procedimientos.

En la contradicción de tesis 93/2011, la Primera Sala determinó que si el paciente no decide libremente sobre la aplicación de los procedimientos ofrecidos se vulnera su derecho a la libertad personal y a la autodisposición sobre su propio cuerpo. En la misma línea, en el diverso amparo directo 51/2013 se reiteró el criterio sobre el derecho del paciente a que se le informe sobre su diagnóstico, implicaciones, efectos y consecuencias que pudiera traer a su salud, integridad física o vida.

El juez recurrido no señaló porqué el documento exhibido por las autoridades responsables como consentimiento informado cumple con las características antes referidas y da por hecho que la existencia del documento implica en automático su validez.

2.2. Situación de la quejosa al momento de recabar el consentimiento.

El juzgador desatendió la narrativa de la demanda, donde la recurrente explicó la forma en que le dieron a firmar el supuesto consentimiento informado sin explicarle los detalles de la OTB y la compelieron a firmar cuando estaba por ingresar al quirófano, después de 18 horas de labor de parto, lo cual contraviene lo dispuesto en la NOM 004-SSA3-2012 que refiere los requisitos para considerar otorgado un consentimiento informado.

El juez pasó por alto que las mujeres se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad física y emocional cuando están en trabajo de parto, y la falta de valoración de esta circunstancia implica una violación al deber de juzgar con perspectiva de género.

2.3. Valoración de la solicitud de registro de intervención quirúrgica.

La CNDH en su Recomendación 3/2017, en un caso de falta de consentimiento informado para el implante de un Dispositivo Intrauterino, aclaró que la “hoja de solicitud de intervención quirúrgica” tiene como finalidad programar o reservar un quirófano y no constituye un consentimiento informado; además se precisó que el consentimiento de la mujer no debe solicitarse cuando está en una condición de vulnerabilidad. La libre elección de un método anticonceptivo por parte de las mujeres debe ser respetada por el personal médico que en ninguna circunstancia podrá deliberadamente imponer alguno.

El juez pasó por alto que la carta de “*autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica*” no constituye un consentimiento informado, porque la mención ahí puesta por la quejosa respecto de autorizar cualquier intervención para su curación no comprende la práctica de una OTB, pues ésta no alivia ni cura ningún padecimiento.

2.4. Valoración sobre el cumplimiento de la NOM.

El Juez de Distrito consideró que las autoridades responsables acataron lo dispuesto en la NOM005, sin embargo no se pronunció sobre la parte final de su numeral 4.4.4 que establece que la consejería a los pacientes no se efectuará ante situaciones de crisis; esto es, no refirió porqué consideró que después de 18 horas de trabajo de parto, un consentimiento informado al momento en que se está por ingresar al quirófano, no es una situación de crisis o que la capacidad de juicio de la quejosa no se encontraba comprometida.

Ante la inobservancia de la NOM en cuestión, el juez debió concluir que se estaba en presencia de una consejería inválida, un vicio del consentimiento informado y, por tanto, ante una esterilización forzada.

V. Amicus Curiae.

37. El veinte de abril de dos mil veintiuno, el Grupo de Información en Reproducción Elegida, Asociación Civil (GIRE) presentó en la Oficina de Certificación Judicial y Correspondencia de la Suprema Corte un *amicus curiae* con cuestiones relativas a los servicios de salud para las mujeres y personas gestantes, específicamente, respecto a la esterilización forzada como una violación a los derechos reproductivos, así como la aplicación de la perspectiva de género en el estudio de validez del consentimiento informado.

En el apartado *introdutorio* de dicho documento se define a la violencia obstétrica como: “una forma específica de violencia contra las mujeres que se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y postparto, tanto en servicios de salud públicos como privados, consistente en cualquier acción u omisión que cause daño físico y psicológico a la mujer, expresado en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, tratos crueles, inhumanos o degradantes o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.”

En un segundo apartado se relata el *Caso de Sonia*; una mujer que con 38 semanas de gestación acudió a una Unidad Médica Familiar del IMSS, con dolores de parto y presión alta. Después de dos días de trabajo de parto le informaron que le realizarían una cesárea por falta de líquido amniótico y, previo a entrar al quirófano, se le cuestionó si había hablado con su esposo sobre métodos anticonceptivos. Ante la respuesta negativa se le calificó de irresponsable y se le amenazó.

Sonia, y sus familiares, pensando que unos y otros estaban de acuerdo, firmaron, en un contexto de crisis, el consentimiento informado para que le practicasen una oclusión tubaria bilateral (OTB). En el caso no se cumplió con el procedimiento de consejería amplia que se requiere para un método anticonceptivo permanente. Lo anterior se muestra como ejemplo de las prácticas en las que el personal de salud recaba el consentimiento de las mujeres para este tipo de procedimientos en situaciones de gran vulnerabilidad, como lo es el parto o el postparto. Se señala que estos tratos y actitudes no se registran en el expediente clínico, solo permanece el consentimiento informado firmado por la mujer y, quizá, alguna inconsistencia en las notas médicas.

En un tercer apartado se analiza la *violencia obstétrica como una realidad a nivel global*; se refiere el Sistema Universal de Derechos Humanos, específicamente, el informe *Enforce 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*; también se refiere que el *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)* al analizar el caso *S.F.M. v. España* adoptó una decisión sobre violencia obstétrica, particularmente, sobre el consentimiento informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto.

Sobre el Sistema Interamericano de Derechos Humanos se refiere el caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica* en el que la Corte Interamericana de Derechos Humanos desarrolló el derecho a la vida privada y a la autonomía en relación con la reproducción humana y la sexualidad. También se alude al diverso caso *I.V c. Bolivia* en el que esta Corte, ante un caso de esterilización forzada, se pronunció sobre el consentimiento informado —y las características que debe revestir en procedimientos de anticoncepción permanente— como condición *sine que non* para estas prácticas médicas, esto atendiendo a la libertad y autonomía para tomar decisiones sobre la propia existencia.

Se aborda de manera específica la *situación de México* citando la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH) en la que se 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.

Como sub-apartado se refieren los *criterios judiciales* en el país; se alude al Amparo directo 230/2018, del Séptimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Tercer Circuito, en el que se analizó el consentimiento informado ante métodos anticonceptivos permanentes o definitivos para la mujer y se concluyó que ante su ausencia se actualiza una esterilización forzada como una forma de violencia grave contra la mujer.

El cuarto apartado del documento se enfoca en el *marco normativo y de política pública en México*. Se alude a lo previsto en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que, si bien no regula la violencia obstétrica, sí prevé otras formas de violencia contra la mujer en las que es posible encuadrar las conductas de la violencia obstétrica. Por otro lado, señala que 28 leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia prevén la violencia obstétrica como una forma específica de violencia institucional contra las mujeres.

Se precisa que algunas Entidades Federativas han optado por regular *la violencia obstétrica como delito*, sin embargo, se argumenta que ésta no es la vía más idónea para atender los problemas estructurales, pues las deficiencias en la infraestructura y equipamiento de las instituciones de salud son una falla que los Estados están obligados a resolver y, difícilmente, esto se logra mediante la atribución de responsabilidades penales al personal médico.

Sobre la *prohibición de esterilización forzada* se señala que la Ley General de Salud y 19 leyes locales en la materia prohíben esta práctica; además, se alude a la *política pública* en la materia, específicamente a la NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de

la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, así como la diversa NOM-005-SSA2-1993 “De los servicios de planificación familiar” en la que se prevé que en la decisión de realizar una OTB se debe incluir un procedimiento amplio de consejería previa.

Se concluye que a pesar de que en México existe un marco jurídico acorde a los estándares de derechos humanos, los retos consisten, por un lado, en su efectiva implementación y, por el otro, en obstáculos estructurales que dificultan la concreción de la normativa, entre ellos, la insuficiencia presupuestaria.

En un quinto apartado sobre el *acceso a la justicia*, el *amicus curiae* insiste en que el Estado debe asegurar que las víctimas, víctimas de violencia obstétrica, tengan acceso a recursos efectivos y protección judicial. Específicamente se refiere que, ante esta forma de violencia, el Estado no se ha de limitar a imponer responsabilidades individuales al personal médico, sino imponer una reparación integral que trascienda a la víctima con el objeto de eliminar los efectos sociales y simbólicos de las violaciones a derechos humanos.

Como conclusión se expone que las violaciones a derechos humanos que sufren las mujeres y personas gestantes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio presentan patrones comunes al ser ocasionados por fallas sistémicas y estructurales, cuya solución es la implementación de legislación y políticas públicas que permitan a las mujeres acceder a servicios de salud de calidad, y mecanismos de acceso a la justicia y a una reparación integral que incluya medidas necesarias para evitar que este tipo de violencia se repita.

38. QUINTO. Análisis de los agravios relacionados con la existencia de los actos reclamados. El juez de Distrito, al analizar la certeza de

los actos reclamados, esencialmente estimó inexistentes los atribuidos a las autoridades responsables —consistentes en tratos crueles, inhumanos y degradantes recibidos durante toda la etapa prenatal, de parto y post parto, la esterilización forzada, la violación al derecho a la información, y la violación al derecho a la salud— bajo la *errónea* consideración de que la quejosa omitió desvirtuar la negativa que aquéllos hicieron valer en sus informes justificados.

39. Por cuanto hace a los diversos actos atribuidos a dichas autoridades señaladas como responsables, consistentes en falta de atención médica adecuada y el incumplimiento de los numerales 4.4.4, y 5.7, de la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de planificación familiar, el juez de Distrito sobreseyó en el juicio al estimar acreditada su inexistencia derivada del examen de las constancias del expediente clínico y conforme a las disposiciones de la citada norma oficial; particularmente, por existir un consentimiento informado firmado por la quejosa, así como una solicitud de intervenciones quirúrgicas y registros de las mismas igualmente signadas por aquélla, respecto de una cesárea y una *Oclusión Tubaria Bilateral*, sin advertir indicios de coacción que influyeran en la decisión de la quejosa.
40. La quejosa recurrente, *en el primer agravio*, aduce que fue indebido el sobreseimiento decretado por el juez de Distrito respecto de los tratos crueles, inhumanos y degradantes, ya que, en primer lugar, la Segunda Sala de la Suprema Corte al resolver el amparo en revisión 601/2017 —asunto relacionado con la prestación de servicios de salud— sostuvo que no puede sobreseerse en el juicio considerando que la quejosa no aportó medios de prueba que acreditaran violaciones graves a los derechos humanos, porque tales violaciones constituyen el fondo del

asunto, de manera que será hasta ese momento en que, a la luz de las pruebas, se hará tal pronunciamiento.

41. En segundo lugar, porque el Pleno de este Alto Tribunal, en la tesis P. XXI/2015 (10a.), de rubro: **“ACTOS DE TORTURA. OBLIGACIONES POSITIVAS ADJETIVAS QUE DEBE CUMPLIR EL ESTADO MEXICANO.”**, ha establecido que en casos donde se reclamen tratos crueles, inhumanos o degradantes, la carga de la prueba de este tipo de hechos recae en el Estado, por lo que no es válido que se argumente que el denunciante no probó plenamente su denuncia para descartarla.
42. *En el segundo agravio*, alegó que fue incorrecto el sobreseimiento de los actos reclamados consistentes en el incumplimiento de la norma oficial mexicana, la falta de atención médica adecuada y la esterilización forzada, pues el juez otorgó indebidamente valor probatorio al consentimiento informado sin tomar en cuenta sus deficiencias; además de que valoró de manera indebida el cumplimiento de la NOM 005-SSA2-1993.
43. Los planteamientos son *esencialmente fundados*.
44. Analizados los agravios de la parte quejosa recurrente en términos del artículo 93, fracción I, de la Ley de Amparo, se tiene que el juez de Distrito indebidamente se apoyó en aspectos que atañen al estudio de fondo del asunto. Dicha calificativa responde a que, es criterio de este Alto Tribunal, que frente a causas de improcedencia que involucren un análisis de fondo, no procede decretar el sobreseimiento y, por tanto, es obligación desestimarlas.

45. De las pruebas que obran en el juicio de amparo indirecto, que se hicieron consistir principalmente en las constancias del expediente clínico de la quejosa, las cuales fueron remitidas en copia certificada por la autoridad responsable a petición del juez de Distrito y que tienen el carácter de documentos públicos y hacen prueba plena de conformidad con lo dispuesto en los artículos 93, fracción II, 129, 130 y 202 del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria a la Ley de Amparo, se tiene que la atención médica a la quejosa aconteció el uno de febrero de dos mil diecisiete, horas antes de la cesárea, donde se intervino en la elaboración del documento denominado “consentimiento informado en planificación familiar”, el diverso denominado “solicitud de intervenciones quirúrgicas”, y registros de los mismos igualmente signadas por aquélla y la referencia de que, en momentos posteriores, se le practicó la cesárea y la *Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)*.
46. Esto es, contrario a lo sostenido por el juez de Distrito, del acervo probatorio contenido en los autos del juicio de amparo, se tiene por acreditado el presupuesto fáctico que da origen a los actos reclamados por la quejosa, tales como el ingreso hospitalario, permanencia, práctica de cesárea y OTB, así como el egreso hospitalario.
47. Esta Sala resalta que la quejosa recurrente plantea los actos reclamados como violatorios en sí mismos de derechos humanos, en tanto tratos crueles, inhumanos y degradantes; en ese sentido, no se está frente a *calificativos que en su enunciación se hagan sobre su constitucionalidad o inconstitucionalidad*, sino ante el propio carácter que la quejosa les atribuye a los actos reclamados. Por lo que su

determinación, si bien no depende de la catalogación que le atribuya la quejosa, sí es eminentemente una cuestión de fondo.

48. En efecto, dada la particular naturaleza de los actos reclamados, su examen no podía realizarse para efectos de su existencia, y en su caso, tampoco de procedencia pues, se reitera, involucra la litis de fondo en el juicio de amparo. Con otras palabras, el pronunciamiento de esta Sala sobre la existencia de los actos reclamados implicaría *en automático* una decisión de fondo pues, tratándose de actos violatorios en sí mismos de derechos humanos como los que aquí se alegan, es imposible disociar su existencia de su regularidad constitucional.
49. Finalmente, esta Primera Sala anuncia que, para el análisis de la existencia de los actos reclamados en el fondo del asunto, se adoptará una **perspectiva probatoria reversiva**⁷.

⁷ Si bien las autoridades responsables negaron los actos reclamados, lo cierto es que la existencia de los mismos no depende de dicha negativa, sino del análisis que resulte del estudio de fondo del asunto.

A pesar de que la quejosa aduce, en su tercer concepto de violación, que los actos reclamados son de naturaleza omisiva, esta Sala advierte que se está frente a actos de carácter positivos.

Tratándose de actos positivos, la regla general en amparo indirecto, establece que si la autoridad responsable niega la existencia de los actos reclamados, no tiene que justificar la negativa, por lo que se arroja la carga de la prueba al quejoso para desvirtuarla, además de su *inconstitucionalidad*.

Esta Primera Sala considera que se actualiza una excepción a la regla general. En el análisis de los juicios de amparo es necesario que el operador jurídico atienda a las cuestiones fácticas que circunden la relación procesal entre las autoridades responsables y los quejosos, amén de analizar la posible existencia de una relación asimétrica entre ambos, en relación con la dificultad que representa para la parte quejosa demostrar en juicio la existencia de los actos reclamados, tomando en consideración las particularidades que alega, y la posibilidad de la parte quejosa de acceder a los medios de prueba para revelarlos en el juicio de amparo.

Tratándose de actos, como los reclamados en el presente juicio, en el que se alega tortura, tratos crueles e inhumanos, o violaciones graves a derechos humanos; el acceso a información, documentación, conocimientos técnicos y circunstancias concretas relevantes para la litis, genera un desequilibrio procesal, pues únicamente las autoridades responsables podrían conocer testigos, documentos, dinámica de actividades internas, protocolos de seguridad, etcétera, sobre la existencia del acto reclamado, por lo que se vuelven de muy difícil acceso, casi imposible, para la parte quejosa.

50. Consecuente, en términos del artículo 93, fracciones I y V, de la Ley de Amparo, procede revocar la resolución recurrida, levantar el sobreseimiento decretado por el juez de Distrito y abordar el estudio de las posibles causas de improcedencia, así como los conceptos de violación planteados en la demanda de amparo.
51. **SEXTO. Causas de improcedencia.** Esta Primera Sala advierte que respecto de los actos reclamados que se tuvieron por ciertos, las partes no hicieron valer alguna causal de improcedencia ni el juez de Distrito tuvo por actualizada alguna.
52. Sin embargo, esta Primera Sala se pronunciará sobre la causal de improcedencia con que el Segundo Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Novena Región, con residencia en Zacatecas, Zacatecas, en auxilio del dictado de resolución al Segundo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Tercer Circuito, ordenó dar vista a la quejosa recurrente en el amparo en revisión administrativo **296/2018**, auxiliar **674/2018**.

De esta forma, esta Primera Sala colige *necesaria* la reversión de la carga probatoria en los casos en que los actos reclamados de naturaleza positiva se aleguen como tortura, tratos crueles e inhumanos o violaciones graves a derechos humanos, como la violencia obstétrica, a guisa de excepción a la regla general sobre la existencia del acto reclamado ante su negativa por parte de la autoridad responsable.

Todo lo anterior tiene como finalidad salvaguardar el equilibrio procesal entre las partes, pues dadas las circunstancias particulares que en ellos se presentan, la autoridad responsable es quien debe tolerar la consecuencia de no justificar la negativa de los actos reclamados, y no la parte quejosa quien deba asumir dicha carga, porque en ellos prevalece la misma justificación.

Similares consideraciones alcanzó esta Primera Sala al fallar el amparo directo en revisión 5505/2017, en sesión correspondiente al trece de enero de dos mil veintiuno, por unanimidad de cinco votos. Si bien el precedente en cita se refiere a la materia civil, en particular, sobre un juicio de de daño moral en la que se demandó a una empresa por considerar que incurrió en un hecho ilícito por el incumplimiento a sus deberes como parte patronal para con sus trabajadores, también lo es que la razón se considera substancialmente idéntica, en virtud de la relación asimétrica procesal abordada.

53. El órgano colegiado, de oficio, advirtió la posible actualización de la causal de improcedencia contenida en el artículo 61, fracción XXIII, en relación con lo dispuesto en los diversos numerales 1° y 5°, fracción II, a contrario sensu, de la Ley de Amparo.⁸
54. Adujo que, si en el caso los actos esenciales que se reclaman son un consentimiento informado y una cirugía referente a la obstrucción tubaria bilateral, éstos no son actos de autoridad puesto que, tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social como la doctora no actuaron en forma unilateral en ejercicio de facultades que les confiere una norma, sino que su proceder lo sustentaron en el consentimiento informado que signó la quejosa.
55. En esta línea argumentó que, con independencia de los vicios que le atribuya la quejosa a dicho consentimiento, el Instituto y la doctora actuaron en un plano de coordinación y, por ende, no como autoridades para los efectos del juicio de amparo y que, de existir inconformidad de la recurrente con dicha actuación, lo puede dilucidar en la vía ordinaria correspondiente y no a través del juicio de amparo.
56. Por su parte, la quejosa recurrente al desahogar la vista, esencialmente adujo que existen excepciones a la regla que establece que el Instituto

⁸ Artículo 5o. Son partes en el juicio de amparo:

(...)

II. La autoridad responsable, teniendo tal carácter, con independencia de su naturaleza formal, la que dicta, ordena, ejecuta o trata de ejecutar el acto que crea, modifica o extingue situaciones jurídicas en forma unilateral y obligatoria; u omite el acto que de realizarse crearía, modificaría o extinguiría dichas situaciones jurídicas.

Para los efectos de esta Ley, los particulares tendrán la calidad de autoridad responsable cuando realicen actos equivalentes a los de autoridad, que afecten derechos en los términos de esta fracción, y cuyas funciones estén determinadas por una norma general”.

Mexicano del Seguro Social en su carácter de ente asegurador no es autoridad para efectos del amparo, las cuales dependen del tipo de acto que se impugne.

57. Colige que el reclamo a ese Instituto, y su personal, consiste en actos que vulneran su derecho humano a la salud e integridad personal, principalmente, a la salud reproductiva; refiere que su pretensión es que se reconozcan las violaciones a estos derechos humanos cometidas en su perjuicio y que se ordene la reparación integral por lo que —afirma— en el caso no existe la causal de improcedencia con que se le dio vista.
58. Esta Primera Sala advierte que la intención de la quejosa, al reclamar la atención médica y particularmente la realización de la cirugía de esterilización por oclusión tubaria bilateral, imputada al Hospital, así como a la doctora tratante, y que se tienen por acreditada en los términos señalados en el considerando quinto relativo al análisis de los agravios, efectivamente no pretende someter a la autoridad de amparo a una disputa contenciosa inter partes sobre responsabilidad patrimonial del Estado por una negligencia médica *per se*, generadora de daños o perjuicios materiales o morales, sino que su propósito es impugnar los actos referidos como constitutivos de una actuación de violencia institucional de un organismo del Estado sobre la práctica médica inherente a una política de planificación familiar que —a decir de la quejosa— no fue realizada conforme a la normatividad que la rige y en detrimento de sus derechos humanos.
59. Bajo esa premisa, se precisa que las consideraciones en este apartado de análisis de causas de improcedencia, atienden el derecho humano

a la salud, especialmente lo relacionado con el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia —institucional— y los métodos de planificación familiar, la participación de las derechohabientes —que implica una amplia gama de supuestos, desde la asistencia a consulta, hasta proporcionar su consentimiento para la práctica de un método permanente de anticoncepción, entre otros—, y su sana y necesaria participación en el desarrollo de la salud, su valor social, así como, en caso de su vulneración, la reparación integral.

- 60.** En una primera aproximación, para efectos de la causal de improcedencia, esta Sala precisa que el derecho a la salud previsto en el artículo 4º, párrafo tercero, de la Constitución es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y debe ser entendido como 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 dar 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.
- 61.** Es por esto que, es criterio de este Tribunal, que el Estado debe regular y fiscalizar toda la asistencia de salud 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 privado⁹.

⁹ Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia de 4 de julio de 2006, Serie C No. 149, Corte Interamericana de Derecho Humanos, párrafo 90. En ese sentido se ha pronunciado esta Primera

62. Resulta así que los bienes jurídicos protegidos mediante la atención médica es la salud y su protección, y en virtud de que están tutelados tanto en la Constitución, como en los tratados internacionales y en la legislación, en lo que a la posibilidad de probar daños en la integridad física o en la vida es que estos temas no se pueden restringir al ámbito de la voluntad de las partes —un plano de coordinación— como si se tratara de un contrato común de mercaderías o servicios, pues se reitera, la salud como derecho humano protegido tiene un carácter superior que implica obligaciones y responsabilidades para el Estado, por lo que se debe resolver atendiendo a las circunstancias de cada caso¹⁰.

Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis aislada 1ª. XXIII/2013(10a.), de rubro y texto siguientes: **“DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD IMPONE DEBERES TANTO A LOS PODERES PÚBLICOS COMO A LOS PARTICULARES QUE SE DEDICAN AL ÁMBITO DE LA SALUD.** El derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone deberes complejos a todos 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. En consecuencia, del análisis del contenido y estructura del derecho fundamental a la salud, se desprende que éste es vinculante no sólo frente a los órganos del Estado, sino que adicionalmente, posee eficacia jurídica en ciertas relaciones entre particulares. Por ello, en los asuntos de su conocimiento, los tribunales deben atender a la influencia de los valores que subyacen en el derecho a la salud, fungiendo como un vínculo entre la Constitución y los particulares al momento en que resuelven un caso concreto. Así las cosas, en virtud de la fuerza normativa de la Constitución, no resulta compatible concebir que los hospitales privados y su personal médico son regidos únicamente bajo figuras de derecho privado, en especial cuando estos sujetos obran en aras a la protección de la salud de las personas. En efecto, en virtud de la complejidad de los sistemas jurídicos en la actualidad, y de la estrecha relación entre sus componentes normativos, es claro que existen numerosos ámbitos en los cuales no se puede hacer una división clara y tajante entre derecho público y privado. Lo anterior se actualiza en el ámbito de los hospitales privados y su personal médico, ya que su actuar tiene repercusiones en la protección de la salud de los pacientes. En conclusión, no puede negarse que el objetivo consistente en proteger el derecho a la salud de los pacientes es un fin público, pues excede el mero interés de los particulares al ser una meta inherente del Estado mexicano.”

¹⁰ Similares consideraciones esgrimió esta Primera Sala al resolver el amparo en revisión 584/2013, en sesión correspondiente al cinco de noviembre de dos mil catorce, por unanimidad de votos de los señores Ministros: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, José Ramón Cossío Díaz, Jorge Mario Pardo Rebolledo, (quienes se reservaron el derecho a formular voto concurrente), Olga Sánchez Cordero de García Villegas (Ponente), y Presidente Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena (quien se reservó el derecho a formular voto concurrente); párrafo 351, página 126, de la ejecutoria de mérito.

- 63.** Es a partir de lo anterior, que esta Primera Sala concluye que, en el caso, nos encontramos frente a actos de autoridad para efectos del amparo, ya que los vicios del consentimiento informado para la OTB que alega la quejosa, así como el trato objetado durante su permanencia hospitalaria, modifican su situación jurídica en relación con su derecho humano a la salud reproductiva; además, las autoridades señaladas como responsables no necesitaban acudir a los tribunales ordinarios para determinar la libertad prescriptiva médica, sino en todo caso, obtener el consentimiento en tiempo y forma, lo que justamente se controvierte por la quejosa como una afectación a su esfera jurídica.
- 64.** En los términos relatados con anterioridad, los actos reclamados se controvierten en tanto que no se ajustaron a las reglas y principios establecidas en la Constitución, Tratados Internacionales, leyes y normas aplicables, de lo que se deduce que se ejercieron con base en las facultades en materia de salud pública, cuya variación —objeto del fondo del asunto— podría dar lugar a la vulneración de derechos humanos.
- 65.** Por tanto, esta Primera Sala colige que, como se dijo con antelación, si el derecho humano a la protección de la salud representa para el Estado la obligación de garantizar a todas las personas el disfrute de los servicios correspondientes por medio de la atención médica, cuando se le atribuye al Instituto Mexicano del Seguro Social algún acto grave o inconstitucional en sí mismo, que atente contra ese derecho, procede el juicio de amparo indirecto, sin mediar jurisdicción ordinaria, a pesar de que pueda considerarse como un acto relativo a su carácter de ente

asegurador y, por ello, surgido en un plano de coordinación con el particular, por ser necesaria la salvaguarda efectiva de ese derecho humano.

66. En las relatadas consideraciones, es incorrecta la actuación del Segundo Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Novena Región, con residencia en Zacatecas, Zacatecas, al advertir la causal de improcedencia con la que dio vista a la quejosa recurrente.
67. **SÉPTIMO. 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 analizar los conceptos de violación expresados por la quejosa.
68. La quejosa recurrente (en adelante *********) *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.
69. 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.

70. Adicionalmente, el análisis deberá emprenderse aplicando la *suplencia de la queja* en términos del artículo 79, fracción VII, de la Ley de Amparo¹¹, porque —como se demostrará— las mujeres en la prestación de servicios reproductivos, particularmente en la atención del parto y postparto, 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 citada¹².

71. 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

¹¹ **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.

(...)

¹² 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 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.

la quejosa para practicarle un método de anticoncepción permanente como la la Obstrucción Tubárica Bilateral (en adelante “OTB”).

72. 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.
73. 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.
74. 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

75. 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.

76. 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.
77. 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.

78. 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.
79. 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.
80. 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.

- 81.** 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.

- 82.** 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 Humanos¹³, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁴ y

¹³ **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.

¹⁴ **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:

10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁵, así como en diversas disposiciones de la Ley General de Salud¹⁶ y demás normatividad secundaria aplicable.

-
- 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.

¹⁵ **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.

¹⁶ 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 coadyuven 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)

83. 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*¹⁷.
84. 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.
85. 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 garantía de su cumplimiento; por ende, es justiciable en distintas dimensiones de actividad¹⁸.

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.

¹⁷ 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.

¹⁸ 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

86. 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*”¹⁹.

87. 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 prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la

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

¹⁹ 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.

integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado.²⁰

- 88.** 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 público²¹.
- 89.** 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 produzcan violaciones

²⁰ 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.

²¹ 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 QUE SE DEDICAN AL ÁMBITO DE LA SALUD.

de ese derecho y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él²².

1.1 Derecho a la salud sexual y reproductiva.

90. 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”*.
91. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en su Observación General 14²³, 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 genésica²⁴. 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

²² 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 Sawhoyamaya 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.

²³ 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.

²⁴ 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.

principales factores determinantes de la misma, entre otros, el acceso a la educación e información sobre las cuestiones relacionadas con la salud, incluida la sexual y reproductiva.

- 92.** 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.
- 93.** 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)—.
- 94.** 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.

95. 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.
96. 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.
97. 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 nacimientos²⁵.

- 98.** 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 reproductiva²⁶. 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 dignidad²⁷.

²⁵ 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.

²⁶ 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;

(...)”.

²⁷ 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

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

99. 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 y reproductiva, el derecho a decidir libremente sobre la maternidad y la familia, entre otros²⁸.

100. 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 médicos²⁹.

101. 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

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.

²⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Contradicción de tesis 93/2011

²⁹ 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.**

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 persona³⁰.

102. 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 elementos son: su carácter previo, libre, pleno e informado, ante cualquier intervención en materia de salud³¹.

103. 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 pacientes³²; el consentimiento informado se fundamenta en la autonomía y la autodeterminación del individuo y, consecuentemente, garantiza su dignidad y libertad.

104. A partir de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, esta Sala ha interpretado que el

³⁰ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 159.

³¹ Ídem, párr. 175.

³² Ídem, párr. 164.

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 mismo³³.

105.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, 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 existencia³⁴.

106.En esta línea de respeto absoluto por la autonomía de las personas, la Corte Interamericana define al consentimiento informado como una

³³ 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.

³⁴ 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.

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 medicina³⁵.

107. 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 persona³⁶.

108. 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 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”³⁷ para advertir que ninguna intervención en una persona puede llevarse a cabo sin su

³⁵ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 166.

³⁶ Suprema Corte de Justicia, Primera Sala, amparos directos 42/2012, 43/2012, 44/2012 y 45/2012.

³⁷ 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.

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.

109. 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 explícita³⁸.

110. 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 referido³⁹, establecen que, al ingresar a un hospital,

³⁸ 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.**

³⁹ 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 para atender el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

*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*⁴⁰.

111. 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 clínico⁴¹.

112. 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 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”

⁴⁰ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Amparo Directo 51/2013.

⁴¹ Idem

una mala praxis médica⁴². 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 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.

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

114. El consentimiento informado respecto de una intervención médica con consecuencias permanentes⁴³, 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.

115. 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**

⁴² Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Amparo Directo en Revisión 2162/2014

⁴³ Instituto Mexicano del Seguro Social, <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/occlusion-tubaria->

asegurar el consentimiento libre e informado, deberían ser más estrictos⁴⁴.

116.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 libertad, e integridad personal, su salud sexual y reproductiva, su vida privada y familiar, y su derecho a fundar una familia⁴⁵.

117.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

⁴⁴Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 122.

⁴⁵Ídem, párr. 165

ello de la visión paternalista de la medicina, centrándose más bien, en la autonomía individual⁴⁶.

118. Esta regla no sólo consiste en un acto de aceptación, sino que 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 informado⁴⁷. Esto quedó determinado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos desde el año mil novecientos noventa y nueve en Eslovaquia⁴⁸ y en nuestra región desde el caso *I.V. vs Bolivia*, es decir, dos mil dieciséis.

119. Progresivamente se ha ido construyendo un consenso entre los diversos tribunales internacionales, ante la diversidad de casos de esterilización 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.**

120. 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 -

⁴⁶ Ídem, párr. 166.

⁴⁷ Ídem, párr. 166.

⁴⁸ 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).

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 otros⁴⁹.

2.1.1. Carácter previo del consentimiento:

121. 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 informado⁵⁰. El carácter previo, implica, que siempre debe ser otorgado antes de cualquier acto médico. Esto ha sido recogido, o se entiende implícito, en todos los instrumentos internacionales que regulan la materia⁵¹.

⁴⁹ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 168.

⁵⁰ 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).

⁵¹ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 176.

122. 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 aplicable⁵².

123. En el mismo sentido esto ya había quedado precisado desde las consideraciones éticas sobre la esterilización de dos mil once 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 médica⁵³.

2.1.2. Carácter libre del consentimiento:

124. 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 y no terceras personas; no se deberá

⁵² Ídem, párr, 176 – 180.

⁵³ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 178.

solicitar el consentimiento de la pareja, ni de ninguna otra persona para realizar el procedimiento⁵⁴.

125. 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 meditada⁵⁵.

126. Esta claridad ha sido reconocida por la Corte Interamericana 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”⁵⁶. 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

⁵⁴ Recomendación General 21 del Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

⁵⁵ Véase Declaración sobre la Esterilización Forzada de 2012 de la Asociación Médica Mundial

⁵⁶ 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.

claramente no permite que la decisión sea tomada con base en el libre albedrío⁵⁷.

127. 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 salud⁵⁸.

128. 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 protector⁵⁹.

⁵⁷ 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).

⁵⁸ Caso I.V. C. Bolivia, párr. 185.

⁵⁹ 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

129. 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 Mujer⁶⁰, pueden alcanzar a las y los operadores de justicia en su labor cotidiana al garantizar el acceso a la justicia en condiciones de igualdad en los casos de violencia obstétrica.

130. Esto quedó asentado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en el caso “*S.F.M. v. España*”⁶¹. 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”*⁶². Lo anterior contrastó con la empatía que el

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).

⁶⁰ 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 idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipada de hombres y mujeres.”

⁶¹ 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.

⁶² Ídem, párr. 7.5

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 reproductor⁶³”.

131. 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, discriminatorias⁶⁴.

2.1.3. Carácter pleno e informado del consentimiento

132. 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 secundarios⁶⁵.

⁶³Ídem, párr. 3.7, 3.8 y 3.9.

⁶⁴ Ídem, párr. 7.5

⁶⁵ Ídem, párr. 193.

133. 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 médico⁶⁶. 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 paciente⁶⁷.

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

⁶⁶ 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.

⁶⁷ 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.

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 tratamiento⁶⁸.

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

135. 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.

136. 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 Salud⁶⁹, en concordancia con la obligación internacional a cargo del Estado Mexicano de regular específicamente el

⁶⁸ 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).

⁶⁹ Artículos 50, 51 Bis, 51 bis 2, 77 bis 3 de la Ley General de Salud vigente al momento del acto reclamado.

consentimiento con un carácter reforzado en este tipo de procedimientos, existe regulación específica que se avoca al consentimiento informado con este carácter necesario.

137. 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 OTB⁷⁰.

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

139. **El punto 4.4.1.5. de la misma normativa, especifica que la decisión de un método anticonceptivo permanente como la OTB estará**

⁷⁰ Punto 4.2. y 10.1.2.4.

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 detalles, ventajas y riesgos, así como la posibilidad de poder desistirse en cualquier momento.

140. 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.

141. 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.

142. 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.

143. 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.

144. 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 Interamericana notó que las prohibiciones expresas respecto a las esterilizaciones forzadas o involuntarias han sido establecidas tanto en el marco del derecho penal internacional⁷¹, como en la tipificación de delitos a nivel interno en los distintos países de la región⁷². En el ámbito concreto del

⁷¹ 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".

⁷² 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."

derecho penal internacional, se estableció la 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 genocidio⁷³. Como se decía en párrafos previos, en la práctica internacional también se ha utilizado diversa terminología⁷⁴. Para contextualizar con precisión, debe conocerse que la definición de violencia obstétrica se acuñó en Venezuela, en el año dos mil siete. 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 veintitrés de abril de dos mil siete. 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

⁷³ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 301.

⁷⁴ 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.

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

145. 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 (...)”

146. Como se señalaba previamente, también la Corte Interamericana 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 consentimiento⁷⁵, esterilización no consentida⁷⁶, esterilización

⁷⁵ 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. 114; 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)”.

⁷⁶ 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”.

involuntaria⁷⁷, esterilización obligatoria⁷⁸, esterilización forzada⁷⁹ o forzosa⁸⁰ y esterilización coercitiva o bajo coacción⁸¹. 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 involuntaria⁸².

147. Esta Primera Sala, a fin de homologar los términos y buscar una certeza en el diálogo entre Tribunales, utilizará el término de

⁷⁷ 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”.

⁷⁸ 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 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”.

⁷⁹ 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”.

⁸⁰ 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”.

⁸¹ 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”.

⁸² Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 204.

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 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 indefensión⁸³.

148. 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*.

149. 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 degradantes⁸⁴. En el mismo sentido, el Relator Especial señaló que es indispensable obtener el consentimiento pleno, libre

⁸³ 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.

⁸⁴ Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 45.

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)⁸⁵.

4. Violencia obstétrica constituye violencia de género.

150. El modelo médico hegemónico de atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio conlleva una asimetría de poder donde se 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”*⁸⁶.

151. 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

⁸⁵ Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 45.

⁸⁶ 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.

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.⁸⁷

152. 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 mujeres⁸⁸.

153. 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 género⁸⁹. 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

⁸⁷ 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 consultado el 20 de marzo de 2021.

⁸⁸ 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, consultado el 18 de marzo de 2021.

⁸⁹ 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.

con mayor incidencia de violencia de género sea el de ginecología y obstetricia⁹⁰.

4.1 Concepto de violencia obstétrica.

154. 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*⁹¹.

⁹⁰ 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.

⁹¹ **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;

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

155. 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”⁹².*

156. Además, algunas entidades federativas contemplan a la violencia obstétrica como un delito en sus códigos penales. Entre estos se encuentran: Chiapas, Estado de México, Guerrero, Quintana Roo y Veracruz. También Aguascalientes lo contempla recientemente en su

públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

⁹² 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.

código penal incorporando conductas que constituyen violencia obstétrica, aunque no se nombra el concepto como tal⁹³.

157. A continuación, se presentará un recorrido a través del derecho comparado, a fin de que pueda brindarse luz sobre la materia⁹⁴. Debe conocerse que la definición de violencia obstétrica se creó en Venezuela. En el año dos mil siete, 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 veintitrés de abril de dos mil siete. 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.”

⁹³ 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.

⁹⁴ 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.

158.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.*

159.En Argentina la Ley 25.929 conocida también con el nombre de Ley de Parto Humanizado, aprobada mediante Decreto 2035/2015 promulgada el diecisiete de septiembre de dos mil cuatro, 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.*

160. *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”⁹⁵.

161. 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 resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico (...) ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”* (ONU, 1993)⁹⁶.

162. 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”⁹⁷.*

163. La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen tanto la violencia institucional como la violencia de

⁹⁵ 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.

⁹⁶ 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.

⁹⁷ 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.

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 humanos⁹⁸.

164. 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, 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 confluyendo en ella la violencia institucional y la violencia de género.

4.2 Modalidades de violencia obstétrica.

165. 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.

⁹⁸ 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.

166. Las manifestaciones de violencia obstétrica pueden abarcar⁹⁹: (...) desde regaños, 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 derechos¹⁰⁰.

167. 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 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 parto¹⁰¹. Generalmente estas prácticas también son

⁹⁹ Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) en su Informe sobre Violencia Obstétrica Un Enfoque de Derechos Humanos, 2015.

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ 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.

catalogadas como maltrato¹⁰². 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 mujeres¹⁰³.

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

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

169. 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

¹⁰² **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.

¹⁰³ Ídem, párr. 31.

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 cesárea¹⁰⁴. 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 obstétrica¹⁰⁵.

170. 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, pueden poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016).

¹⁰⁵ 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>).

¹⁰⁶ 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).

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

171. 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.”

172. 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”*¹⁰⁷.

173. 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*

¹⁰⁷ 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.

*relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos*¹⁰⁸.

174. 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, 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.

175. 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 indígenas¹⁰⁹.

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ 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, consultado el 20 de marzo, de 2021.

176. 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.

177. Lo anterior también ha sido reconocido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos que ha señalado la necesidad de que exista regulación integral y eficaz para la partería y para la asistencia de las matronas en partos a domicilio mediante, diversos precedentes¹¹⁰.

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

178. 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 1º (...) 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”*.

179. 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*

¹¹⁰ 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).

*las funciones que determina la sociedad para cada caso (observación general número 2)*¹¹¹.

180. 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 servicios de salud reproductiva las hace más vulnerables a la tortura y los malos tratos”*¹¹².

181. 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”*¹¹³.

182. 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*

¹¹¹ Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 42.

¹¹² Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 42.

¹¹³ Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 47.

*necesidades y deseos, ya que su función primordial es la de ser madres y cuidadoras*¹¹⁴, 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.

183. 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 parto¹¹⁵. Entre los casos de esterilización forzada durante el parto¹¹⁶ 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 degradantes¹¹⁷. 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 humano¹¹⁸. A esta conclusión se llegó al señalar que la violación del derecho a la integridad física y psíquica de las personas tiene diversas

¹¹⁴ Comité de Derechos Humanos, Mellet c. Irlanda, comunicación núm. 2324/2013, CCPR/C/116/D/2324/2013, párr. 3.19.

¹¹⁵ Konovalova c. Rusia, núm. 37873/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2014).

¹¹⁶ 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).

¹¹⁷ 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.

¹¹⁸ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 270.

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 concreta¹¹⁹. 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.

184. Por esta razón la Corte Interamericana tiene en cuenta los factores endógenos y exógenos al evaluar la intensidad del sufrimiento en cada caso¹²⁰. Al analizar la intensidad del sufrimiento padecido por la señora I.V., la Corte Interamericana concluyó lo siguiente relacionado con el presente 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,

¹¹⁹ Cfr. Caso Loayza Tamayo vs Perú. Fondo, supra, párrs. 57 y 58 y Caso Herrera Espinoza y otros vs. Ecuador, supra, párr. 87.

¹²⁰ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 267.

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 social¹²¹.

4.3.3 Derecho a la información.

185. 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 coerción¹²².

186. 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 informado¹²³.

4.3.4 Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia.

187. 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,

¹²¹ Caso I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016), párr. 268.

¹²² 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.

¹²³ Caso I.V. vs Bolivia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sentencia del 30 de noviembre de 2016.

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.

188. 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.¹²⁴

189. Desde mil novecientos ochenta y cinco 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”¹²⁵.

190. 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 y las niñas que buscan información

¹²⁴ 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.

¹²⁵ Organización Mundial de la Salud, “Appropriate technology for birth”, The Lancet, vol.326, issue 8452 (24 de agosto de 1985).

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”¹²⁶.

191. 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 discriminatoria¹²⁷.

4.3.5 Derecho a la vida privada.

192. 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

¹²⁶ Documento CEDAW/C/GC/35 párr. 18.

¹²⁷ Documento A/74/137, párr. 39.

determinado que el concepto de “vida privada” comprende entre otros ámbitos protegidos a: la vida sexual y las relaciones familiares¹²⁸.

193. 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 mujeres¹²⁹. 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 mujeres¹³⁰.

Apartado B.

Resolución del caso concreto

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

194. 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*

¹²⁸ 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.

¹²⁹ Organización de Naciones Unidas, Comité CEDAW, Recomendación General 19. La violencia contra la mujer, 11° periodo de sesiones (1992), párrafo 24.

¹³⁰ 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

ocasiones realizar mis actividades diarias de manera normal además de que también tengo mareos.”

195. Los anteriores argumentos son **inoperantes**.

196. 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.

197. 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.

198. 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.

199. 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.

200. 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 postparto a la quejosa recurrente puede catalogarse *también* como violencia obstétrica**.

1. Consentimiento informado

201. En su primer, segundo, tercer y quinto conceptos 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.

202. 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.

203. 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.

204. 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.

205. 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.

206. Los argumentos son **fundados**.

207. De los hechos narrados en la demanda de amparo, esta Primera Sala advierte que ***** (*****), 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.

208. Relata que, aproximadamente a las 12 de la noche, del veintinueve de enero de dos mil diecisiete, 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.

209. Señala que el martes treinta y uno de enero de dos mil diecisiete, el personal médico le realizó estudios y concluyó que el bebé no estaba en término; ese 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.

210. Narra que el miércoles uno de febrero del año en cita, 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. *********, refiere haber estado muy preocupada en esos momentos ante la noticia de la falta de líquido amniótico; situación que manifestó a la Doctora ********* quien le contestó: “sí, ya sé, ya me pasaron el reporte”.

211. 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.”

212. 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.

213. 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:

**Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Salud Reproductiva
Hospital General de Zona No. 9.
Ciudad, Guzmán, Jalisco.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACION FAMILIAR

Yo [REDACTED] reconozco que me han informado sobre los beneficios que presenta para el cuidado de mi salud utilizar un método anticonceptivo. Que en la elección del método se han considerado mis expectativas reproductivas, personales y mi condición de salud.

Por lo que declaro que se me informo lo siguiente:

- Existen métodos anticonceptivos temporales y definitivos para mi y mi pareja.
- Los métodos temporales disponibles en el IMSS son: los hormonales orales e inyectables (pastillas e inyecciones), el implante subdérmico, el dispositivo intrauterino (DIU) y el preservativo y se utilizan para espaciar los embarazos.
- Los métodos definitivos y permanentes son: la oclusión tubaria bilateral o salpingoplastia (ligadura de trompas) para la mujer y la vasectomía para el hombre y estos se eligen cuando se ha decidido no tener mas hijos.
- Que para la aplicación de métodos como el implante, la vasectomía y la salpingoplastia es necesario el empleo de anestesia.
- Que tanto los métodos temporales como los métodos definitivos llegan a fallar y por lo tanto, existe la posibilidad de quedar embarazada o embarazarse a mi pareja.
- Que he comprendido todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar el método elegido.
- Que tengo derecho y me comprometo a acudir a revisión médica en caso de duda, molestia o cuando se me indique.

Que es mi OTB **decisión, libre, consciente e informada** aceptar el uso de:

Firmo este **CONSENTIMIENTO** por mi libre voluntad en presencia de dos testigos y sin haber estado sujeta (o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Cd. Guzmán, Jal. 04/Feb/2017
Lugar y fecha

<u>[REDACTED]</u> Aceptante nombre y firma (o huella)	<u>[REDACTED]</u> Número de afiliación	<u>[REDACTED]</u> Unidad médica de adscripción
<u>[REDACTED]</u> Testigo nombre y firma		<u>[REDACTED]</u> Testigo nombre y firma
<u>[REDACTED]</u> Unidad médica donde se otorgo el método		<u>[REDACTED]</u> Personal que otorgo el método Nombre, firma y matrícula.

CSR-CI-01-2004

214. De dicho documento esta Sala desprende que el uno de febrero de dos mil diecisiete —momento en que ***** 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.

215. 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.

216. 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.

217. 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 *****, en el caso que nos ocupa.

- 218.** 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.
- 219.** 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 uno de febrero de dos mil diecisiete, 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.
- 220.** Como narra la quejosa en la demanda, ella firmó el formato antes inserto momentos antes de que le practicasen 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.
- 221.** 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.

222. Cabe recordar, además, que ***** 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.

223. De esta manera, no obstante ***** 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 ***** 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.

224. 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.

225. 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.

226. 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.

227. 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 uno de febrero señalado —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 ********* 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.*”

228. 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 ***** estaba de acuerdo en realizar la OTB, con esa información, ellos firmaron. ***** narra que la doctora regresó y le mostró el documento firmado por su esposo y su madre. ***** describe haberse sentido en ese momento muy cansada por el trabajo de parto, además de intimidada y presionada por la doctora. En estas circunstancias ***** firmó el documento.

229. A juicio de esta Sala el consentimiento de ***** 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.

230. La forma en que ***** 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.

231. 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.

232. Además, en el caso, la manifestación de ***** 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, ***** 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.

233. 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.

234. De los autos que obran en el expediente, esta Sala advierte que ***** 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.

235. Aunado a lo anterior, esta Primera Sala advierte que la solicitud del consentimiento de ***** 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 ***** 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 *****

236. Si bien la decisión sobre un método anticonceptivo permanente puede tomarse en pareja¹³¹, 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 1º constitucional y a la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹³².

237. Esta Primera Sala llega a la conclusión de que el consentimiento de ***** tampoco fue pleno ni informado; el consentimiento sólo puede considerarse pleno si se otorga a partir de la información relevante

¹³¹ Véase Recomendación General No. 21 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

¹³² Artículos 1, 2 y 3.

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 mismo¹³³.

238. 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.

239. Como se refirió ya, ********* 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.

240. Resulta imposible considerar que su consentimiento fue pleno, esto es, que ********* 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.

241. 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

¹³³ 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.**

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.

242. 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 ***** 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.

243. En su primer, segundo, tercer, cuarto y sexto conceptos 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.

244. 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.

245. 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.

246. 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.

247. 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.

248. 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 impedírsele 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*.

249. Los argumentos son **fundados**.

250. 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.

251. Quedó demostrado ya que las autoridades señaladas como responsables no recabaron el consentimiento previo, pleno, informado y libre de ***** para realizarle una OTB el uno de febrero de dos mil diecisiete en el Hospital General de Zona No. 9 en Ciudad Guzmán, Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

252. 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 ******* 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.**

253. La anticoncepción permanente practicada a ********* 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.

254. Se reitera que la OTB practicada a ********* 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 ********* tuviera otro embarazo “por haber presentado presiones altas”¹³⁴. 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.

255. Derivado de lo anterior, las autoridades señaladas como responsables incumplieron específicamente con sus obligaciones de conformidad con

¹³⁴ Demanda de amparo narrativa de hechos, punto 14

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

256.***** 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 informado¹³⁵.

257.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.

258.Se trastocó la libertad y autonomía reproductiva de ***** —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

¹³⁵ Demanda de amparo narrativa de hechos punto 15.

Americana sobre Derechos Humanos y 16 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

259. Al anularse la capacidad reproductiva de ***** 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 el número y espaciamiento de los hijos, lo anterior contraviniendo el artículo 7 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos¹³⁶.

260. 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 ***** servicios apropiados en relación con su parto y postparto y, específicamente, en términos de la Recomendación N° 24 sobre la mujer y la salud se vulneró el derecho de ***** de gozar de servicios de maternidad sin riesgos¹³⁷.

261. 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

¹³⁶ 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

¹³⁷ 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.

también de abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de las mujeres¹³⁸.

262. La esterilización no consentida a *** implicó violencia de género¹³⁹**; 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 Discriminación contra la Mujer¹⁴⁰ así como el Comité de Derechos Humanos¹⁴¹ en el sentido de que una esterilización femenina no consentida o involuntaria constituye una forma de violencia contra la mujer.

263. 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.

¹³⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Amparo en revisión 1388/2015.

¹³⁹ 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.

¹⁴⁰ 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.

¹⁴¹ 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.

264. 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.

265. La esterilización practicada a ***** 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. ***** 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.

266. Esta Primera Sala advierte la posición de extrema vulnerabilidad en que se colocó a ***** 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.

267. La decisión de practicar a ***** 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.

268. Esta Sala retoma y hace suyo lo señalado por el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹⁴² 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, ***** no estuvo en posibilidad de ejercer sus derechos —derecho a la salud reproductiva— de conformidad con el marco nacional e internacional antes referido.

269. La esterilización no consentida a la que se sometió a ***** causó un grave daño físico y psicológico que transformó su cuerpo anulando su función reproductiva física constituyendo un acto de violencia y discriminación.

270. Esta Primera Sala entiende que **la esterilización no consentida practicada a ***** también constituyó un acto de violencia obstétrica.**

271. 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

¹⁴² 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.

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.

272. 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 violencia¹⁴³. ********* 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. ********* es víctima de *violencia institucional* pues estos actos provinieron de profesionales del ámbito de la salud pública.

273. Esta Primera Sala también llega a la conclusión de que la **esterilización no consentida practicada a ***** constituyó tortura**. La pérdida de la capacidad reproductiva de ********* —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**.

274. 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

¹⁴³ Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, artículo 6.

derecho internacional de los derechos humanos, se ha reconocido que ésta así como 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 humanos¹⁴⁴.

275. Esta Primera Sala, a la luz del marco nacional e internacional que rige el derecho a la integridad personal¹⁴⁵, 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.

276. En este contexto se vuelve a resaltar lo informado por el Relator especial sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes¹⁴⁶, 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

¹⁴⁴ 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.

¹⁴⁵ 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.

¹⁴⁶ Documento A/HRC/31/57, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, párrafo 42.

a las mujeres que tratan de obtener servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y psicológicos.

277.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.

278.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.

279.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.

280.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 *****, 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.

281. 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 veintitrés de enero de mil novecientos ochenta y seis, “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”.

282. 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”.

283. 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 dos de noviembre de mil novecientos ochenta y siete- 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”.

284. 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 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.

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

286. 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 situación¹⁴⁷.

287. ***** 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 reproducirse¹⁴⁸; *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.

288. 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

¹⁴⁷ 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.

¹⁴⁸ Corte Europea de Derechos Humanos, V.C. v. Slovakia, página 27, párrafo 104.

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.

289.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 ***** causó un grave daño físico y psicológico que transformó su cuerpo anulando su función reproductiva física constituyendo un acto de violencia y discriminación.

290.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).

291.De lo anterior, este Alto Tribunal concluye que la esterilización no consentida practicada a ***** 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

292. 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.

293. 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.

294. 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 practicasen la OTB.

295. 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?*

296. 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.”*

297. El planteamiento es esencialmente **fundado**.

298. 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 Humanos¹⁴⁹, así como de diversos organismos internacionales —la Organización de las Naciones

¹⁴⁹ Comisión Nacional de Derechos Humanos, Recomendación General No. 31/2017, Sobre la Violencia obstétrica en el sistema nacional de salud.

Unidas¹⁵⁰ y la Organización Mundial de la Salud¹⁵¹— se invisibiliza en las relaciones asimétricas de poder donde converge el género y la autoridad médica.

299. 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*¹⁵². 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 salud¹⁵³.

300. 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 postparto.

¹⁵⁰ 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

¹⁵¹ 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.

¹⁵² Ídem, página 10.

¹⁵³ 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

301. 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.**

302. 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 violencia¹⁵⁴, 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.

303. 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

¹⁵⁴ 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.

por la autoridad responsable consistentes en sus informes, así como en el expediente clínico de la quejosa recurrente.

304. Con base en lo anterior, como se desarrolla a continuación, esta Sala concluye que ***** 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.

305. ***** 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 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.

306. 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. ***** 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.

307.***** 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, ***** no recibió información sobre su estado de salud, ni sobre las posibilidades, riesgos y consecuencias de los métodos de anticoncepción.

308.Analizado los hechos en su conjunto, este Tribunal concluye que, bajo la presunción de certeza de los actos, el trato que recibió ***** 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.

309.El maltrato de las autoridades señaladas como responsables no sólo resulta contrario al derecho de ***** 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.

310. Las diversas acciones del personal de salud que atendió a ***** —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.

311. El maltrato del personal médico —basado en estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva— colocó a ***** 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. ***** 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.

312. ***** 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 a los artículos 1°, 4 y 6

constitucionales; 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; artículo 1º de la Convención Belem do Pará; artículos 10 h), 12.1 y 12.2 de la Convención CEDAW y artículo 12 del Pacto Internacional del Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

313. 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 *****¹⁵⁵.

314. En mérito de todo lo expuesto, esta Primera Sala **concede el amparo y protección de la Justicia Federal a la quejosa *****.**

315. OCTAVO. Efectos de la concesión del amparo.

316. Con fundamento en el artículo 77 de la Ley de Amparo, y considerando que la violencia obstétrica institucional, como una manifestación de violencia de género, constituye un problema de salud pública, los efectos de la concesión del amparo se precisan de la manera siguiente:

1. Atención médica de intervención quirúrgica

317. Es cierto que en el estudio que precede, esta Sala ha partido de la base de que la OTB como método de anticoncepción que se realizó a la quejosa, tiene un carácter *permanente, definitivo o irreversible*, dado

¹⁵⁵ Véase Corte Europea de Derechos Humanos, *Case of Ireland v. The United Kingdom*, (Application no. 5310/71), 18 de enero de 1978, párrafo 167.

que así se hace referencia a dicha intervención quirúrgica en la Norma Oficial Mexicana sobre planificación familiar.

318. Sin embargo, sin prejuzgar sobre criterios de investigación científica, existe la posibilidad de revertir los efectos de dicha intervención médica, mediante el personal sanitario experto actualizado en la investigación y con conocimiento pleno de esa posibilidad de reversión de las ligaduras.

319. Por ello, tomando en cuenta que de conformidad con el artículo 77, fracción I, de la Ley de Amparo¹⁵⁶, al haberse impugnado, entre otros, un acto de carácter positivo (la invalidez del documento de consentimiento informado otorgado por la quejosa y la cirugía de oclusión tubárica bilateral que como oferta médica institucional de planificación familiar se le practicó por la responsable) uno de los efectos de la concesión del amparo debe ser para que la quejosa, en ejercicio de su voluntad y el libre desarrollo de la personalidad, si así lo decide, acceda a la posibilidad médica de someterse a alguna técnica quirúrgica para revertir la oclusión tubaria bilateral que le fue realizada y, de ser así y de mediar su consentimiento previo, pleno, informado y libre, se lleve a cabo la misma, prestándole toda la gama de servicios de salud que se requieran, teniendo en consideración estudios médicos

¹⁵⁶ Artículo 77. Los efectos de la concesión del amparo serán:

I. Cuando el acto reclamado sea de carácter positivo se restituirá al quejoso en el pleno goce del derecho violado, restableciendo las cosas al estado que guardaban antes de la violación; y

(...)

En el último considerando de la sentencia que conceda el amparo, el juzgador deberá determinar con precisión los efectos del mismo, especificando las medidas que las autoridades o particulares deban adoptar para asegurar su estricto cumplimiento y la restitución del quejoso en el goce del derecho.

(...)”.

que determinen su factibilidad. En el entendido de que dicho tratamiento, no deberá representar ningún costo a la quejosa, por lo que el Hospital responsable deberá adoptar las medidas económicas necesarias para sufragar los gastos, incluso si el tratamiento o parte de mismo es llevado a cabo en un nosocomio particular.

320. Máxime que la propia quejosa, en su demanda de amparo, manifestó su deseo de tener otro hijo o hija; y que expresamente solicitó la concesión del amparo para el efecto de que “(...) *Se ordene el otorgamiento de la atención médica necesaria para la restitución de un derecho a la salud. (...) En caso de ser medicamente posible se tomen las medidas necesarias para revertir la Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB) que me fue practicada*”.

321. Para ello, a efecto de garantizar el pleno respeto y cumplimiento de los derechos de la quejosa, es necesario precisar que, teniendo conocimiento de que la doctora señalada como autoridad responsable, al margen de que ha sido adscrita a un diverso hospital público, distinto al que como derechohabiente corresponde brindar la atención médica a la quejosa y en el que se suscitaron los actos reclamados, no sería dable encomendarle la atención médica de la quejosa, pues al constituirse como su agresora y quien ejerció la violencia institucional, se generaría una *revictimización* ajena a la reparación integral en materia de violaciones a los derechos fundamentales.

322. De ahí que, esta Sala estima que en este caso, se actualiza la necesidad de encomendar y **vincular el cumplimiento** de esta ejecutoria de amparo, **directamente al [actual]** Director General del

Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social, quien deberá, de forma inmediata, hacer las gestiones necesarias para que se constituya un grupo de por lo menos tres médicos *expertos* en las posibles técnicas de reversión de la salpingoplastia, pertenecientes o ajenos a la propia institución (que justifiquen su experticia en la materia), a efecto de que dictaminen la situación de la quejosa, y en su caso, se reitera, con el consentimiento pleno, libre e informado de ésta, procedan en consecuencia.

323. Dicho Director General deberá informar a la autoridad de amparo (el juez de Distrito que conoció del juicio de amparo indirecto que nos ocupa y que será el encargado de vigilar el pleno y eficaz cumplimiento de esta sentencia), las gestiones que se realicen y los avances del proceso de cumplimiento, las que deberán realizarse con profesionalismo y celeridad, sin violentar los derechos de protección de la salud de la quejosa. En ese sentido, una vez que se tenga un dictamen médico de personal experto en técnicas de reversión de la salpingoplastia, cualquiera que sea su sentido, deberá informarse al juez de distrito, para los efectos conducentes.

324. En el entendido que la quejosa, en todo momento cuenta con la libertad de desistir de la realización de los actos médicos antes referidos, conforme a su libertad de autodeterminación en relación con sus derechos reproductivos.

325. De no resultar posible restituir a la quejosa mediante la reversión de la oclusión tubárica bilateral, mediando el consentimiento previo, pleno,

libre e informado de la agraviada y de ser médicamente viable, deberá ofrecérsele la posibilidad de una reproducción asistida, ya sea a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (en el Hospital General de Zona No. 9 o en cualquier otro), o bien, en institución privada de salud, con cargo a aquél.

2. Reparación psicológica

326. El Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver el diverso amparo directo 6/2008¹⁵⁷, se ha pronunciado en el sentido de que el derecho humano a la salud no sólo se limita a un aspecto físico, sino que también se traduce en la obtención de un determinado bienestar general, que incluye aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

327. De ahí que, ante la violación acreditada a los derechos humanos de libertad sexual e integridad en la modalidad de prohibición de tortura, derivado de la violencia de género e institucional en contra de la quejosa, a efecto de obtener una reparación integral, esta Primera Sala considera que la autoridad Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social, le otorgue un tratamiento médico psicológico y/o psiquiátrico orientado en salud sexual y reproductiva, que se requiera para resarcir la

¹⁵⁷ **Registro digital:** 165826 **Instancia:** Pleno **Novena Época Materia(s):** Constitucional **Tesis:** P. LXVIII/2009 **Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXX, Diciembre de 2009, página 6 **Tipo:** Aislada. Rubro: **DERECHO A LA SALUD. NO SE LIMITA AL ASPECTO FÍSICO, SINO QUE SE TRADUCE EN LA OBTENCIÓN DE UN DETERMINADO BIENESTAR GENERAL”.**

afectación en la esfera psico-emocional provocada por el ejercicio de violencia obstétrica y tortura y tratos inhumanos en su contra, lo cual, debe efectuarse de manera gratuita, sea en la clínica a su cargo y en que es derechohabiente la quejosa, o alguna otra ubicada en la región, garantizando la disponibilidad y acceso al servicio de salud, de forma inmediata, adecuada y efectiva.

3. Vista para el inicio de un *posible* procedimiento de responsabilidad administrativa.

328. Ante la transgresión acreditada de derechos fundamentales derivada de violencia obstétrica institucional ejercida contra la aquí quejosa, esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ordena al juez de Distrito encargado de verificar el cumplimiento de la concesión de amparo, dé vista con la presente ejecutoria al Órgano de Control Interno del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que el área competente determine si procede y existen elementos suficientes para iniciar o no de oficio, un procedimiento de responsabilidad administrativa en contra de la doctora *********, entonces adscrita al Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, de dicho Instituto, así como de algún otro servidor público, derivado de su ejercicio como servidores públicos, por los actos de violencia obstétrica cometidos contra la aquí quejosa.

329. Al respecto, debe aclararse que, con independencia de lo anterior, la presente determinación no prejuzga sobre la responsabilidad civil o penal que pudieran acreditarse de manera independiente, porque el examen realizado fue únicamente para efectos del juicio de amparo por

violación directa de los derechos humanos referidos, visto el acto reclamado como un acto institucional de autoridad.

4. Guía integral de violencia obstétrica institucional.

330. Finalmente, esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación concluye que los efectos de la concesión de amparo también deben abarcar una doble dimensión de reparación integral, en la que además de las consecuencias jurídicas que inciden directamente en la particular afectada, deben tener un impacto reparador por un hecho lesivo que contrarreste el problema de salud pública que enfrentan las mujeres mexicanas durante el ejercicio de los derechos de libertad sexual y planificación familiar.

331. No es óbice para considerar la posibilidad jurídica de implementar como un efecto de la concesión del amparo, una medida de no repetición, lo dispuesto en la tesis ya citada 1a. LIII/2017 (10a.), en la que esta Primera Sala, derivado de asuntos que provienen de la vía ordinaria, ha determinado que dada la obligación que tiene el Estado mexicano de garantizar el derecho a una reparación integral, por regla general, no es posible decretar garantías de no repetición para reparar violaciones a derechos humanos, sin embargo, atendiendo a la particularidad de que la violencia obstétrica constituye una práctica sistemática que es originada de manera institucional, esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación no puede desvincular los efectos del otorgamiento del amparo, de las obligaciones que constitucionalmente asisten al Estado, en este caso, las instituciones de salud pública de la demarcación geográfica de Jalisco.

- 332.** Así, esta Primera Sala en la jurisprudencia 1a./J. 8/2019 (10a.) de rubro: **“DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL”**, se pronunció en el sentido de que el derecho humano a la salud tiene una proyección tanto individual o personal, como una pública o social. Respecto a la protección a la salud de las personas en lo individual, el derecho a la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, mientras que la faceta social, consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud.
- 333.** Lo anterior comprende el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud e identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras.
- 334.** De ahí que, procurando la generación de una garantía de no repetición, en este caso y en los términos ya precisados, y atendiendo a que la violencia obstétrica institucional constituye un problema de salud pública, esta Primera Sala considera indispensable encomendar y vincular el cumplimiento de esta ejecutoria de amparo, en esta parte, directamente al *[actual]* Director General del Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como a las unidades competentes, entre ellas, de vinculación institucional y comunicación social del Instituto Mexicano

del Seguro Social, y al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, a la elaboración, integración y difusión de una guía integral para prevenir y erradicar conductas generadoras de violencia obstétrica institucional, cuyos ejes de contenido, enunciativa pero no limitativamente, deben centrarse en la perspectiva de género y la obtención y generación de un consentimiento libre, pleno e informado de las pacientes sujetas a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas derivadas de métodos anticonceptivos y planificación familiar.

- 335.** Sin perjuicio de que, al constituirse la guía referida, se comprendan otras causas de generación de violencia obstétrica, surgidas en las etapas de gestación, puerperio u otra condición médica que involucre la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- 336.** Con el objetivo de detectar y prevenir futuros casos de violencia obstétrica, dicha guía habrá de incluir un cuestionario que deberán responder todas las mujeres, para detectar si existió o no violencia obstétrica¹⁵⁸.
- 337.** Finalmente, dicho programa, además de satisfacer estándares internacionales y sustentarse en investigación científica, debe ajustarse y desarrollar las directrices previstas en las normas oficiales NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, y NOM 005-SSA2-1993, de los

¹⁵⁸ Como referencia para la elaboración de este cuestionario, podrían consultarse la Ley Nacional 25929 Derechos de Padres e Hijos en el Momento del Nacimiento; y la Ley Nacional 26485 artículo 6. Inciso E. Protección Integral de las Mujeres, "Violencia Obstétrica": aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Ambas legislaciones de la República de Argentina. Una sugerencia del cuestionario puede consultarse en: <https://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>

servicios de planificación familiar que enumera los requisitos para la organización y prestación de servicios y el desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

338. Por otro lado, no obstante que la difusión primaria de la guía señalada deba ocurrir en el Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por ser el lugar en que ocurrieron los actos reclamados, el Director General de dicha dependencia, tiene el deber de distribuir, por lo menos, un ejemplar del documento generado al resto y totalidad de las clínicas que integran el circuito regional del Estado de Jalisco, a través de los medios oficiales de comunicación que estime pertinentes (electrónicos o físicos), a efecto de replicar la prevención y erradicación de la violencia obstétrica institucional en los términos indicados.

339. Una vez integrada la guía correspondiente, las autoridades obligadas al cumplimiento de esta ejecutoria, deberán implementar jornadas de capacitación interna, presenciales o electrónicas, al personal médico y administrativo adscrito al hospital referido, que directa o indirectamente, se encuentren vinculados con el tratamiento e intervenciones quirúrgicas derivadas de una condición obstétrica.

340. Por todo lo anteriormente expuesto, esta Primera Sala,

RESUELVE:

PRIMERO. Se **revoca** la sentencia recurrida.

SEGUNDO. La Justicia de la Unión **ampara y protege a la quejosa *******, en contra de los actos reclamados a las autoridades responsables **Doctora *******, quien a la fecha de los actos reclamados, se encontraba adscrita al Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social, y durante la sustanciación del juicio de amparo, adscrita al Hospital General Regional 180, de Tlajomulco de Zúñiga, Estado de Jalisco, del mismo Instituto; y, al **Hospital General de Zona No. 9 de Ciudad Guzmán, Estado de Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social**, por conducto de su representante legal, para los efectos precisados en el último considerando de esta resolución.

Notifíquese; con testimonio de esta resolución, vuelvan los autos al Tribunal Colegiado de Circuito de origen y, en su oportunidad, archívese el expediente como asunto concluido.

Así lo resolvió la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por unanimidad de cinco votos de la Ministra Norma Lucía Piña Hernández (Ponente) y los Ministros Juan Luis González Alcántara Carrancá, Jorge Mario Pardo Rebolledo, quien se reserva el derecho a formular voto concurrente, y Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, y la Ministra Presidenta Ana Margarita Ríos Farjat.

Firman la Ministra Presidenta de la Sala y la Ministra Ponente, con el Secretario de Acuerdos que autoriza y da fe.

PRESIDENTA DE LA PRIMERA SALA

MINISTRA ANA MARGARITA RÍOS FARJAT

PONENTE

MINISTRA NORMA LUCÍA PIÑA HERNÁNDEZ

SECRETARIO DE ACUERDOS DE LA PRIMERA SALA

MAESTRO RAÚL MENDIOLA PIZAÑA

En términos de lo previsto en los artículos 113 y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 110 y 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como en el Acuerdo General 11/2017, del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicado el dieciocho de septiembre de dos mil diecisiete en el Diario Oficial de la Federación, en esta versión pública se suprime la información considerada legalmente como reservada o confidencial que encuadra en esos supuestos normativos.