

**CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS**  
**CASO I.V. VS. BOLIVIA**  
**SENTENCIA DE 30 DE NOVIEMBRE DE 2016**  
**(Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)**

**ESTERILIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

158. (...) la Corte considera que, en materia de salud sexual y reproductiva, la **obligación de transparencia activa** imputable al Estado apareja el **deber del personal de salud de suministrar información que contribuya a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y responsables** respecto de su propio cuerpo y salud sexual y reproductiva, los cuales se relacionan con aspectos íntimos de su personalidad y de la vida privada y familiar. (Negrita fuera de texto original)

159. En esta medida, la Corte entiende que el **consentimiento informado del paciente es una condición sine qua non para la práctica médica**, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia. En otras palabras, el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona. (Negrita fuera de texto original)

161. (...) La Corte nota que el reconocimiento del consentimiento informado como expresión de la autonomía de las personas en el ámbito de la salud ha significado en la práctica de la medicina un cambio de paradigma en la relación médico-paciente, ya que el modelo de toma de decisiones informadas y libres pasó a centrarse en un proceso participativo con el paciente y ya no en el modelo paternalista en donde el médico, por ser el experto profesional en la materia, era quien decidía lo más conveniente para la persona que debía someterse a un tratamiento en particular. El paciente se encuentra, desde esta perspectiva, empoderado y colabora con el médico como el actor principal en cuanto a las decisiones a tomar respecto a su cuerpo y salud y no es más el sujeto pasivo en dicha relación. **El paciente es libre de optar por alternativas que los médicos podrían considerar como contrarias a su consejo, siendo, por ello, la expresión más clara del respeto por la autonomía en el ámbito de la medicina.** Este cambio de paradigma se traduce en diversos instrumentos internacionales, en donde se hace referencia al **derecho del paciente de acceder o permitir libremente, sin ningún tipo de violencia, coerción o discriminación, que un acto médico se lleve a cabo en su beneficio, luego de haber recibido la información debida y oportuna de manera previa a su decisión.** (Negrita fuera de texto original)

162. Por todo lo anterior, la Corte considera que **el consentir de manera informada respecto a la procedencia de una intervención médica con consecuencias permanentes en el aparato reproductivo como la ligadura de las trompas de Falopio, pertenece a la esfera autónoma y de la vida privada de la mujer**, la cual podrá elegir libremente los planes de vida que considere más apropiados, en particular, si desea o no mantener su capacidad reproductiva, el número de

hijos que desea tener y el intervalo entre éstos. (Negrita fuera de texto original)

163. La Corte estima que la obligación de obtener el consentimiento informado significará el establecimiento de límites a la actuación médica y la garantía de que estos límites sean adecuados y efectivos en la práctica, para que ni el Estado, ni terceros, especialmente la comunidad médica, actúe mediante injerencias arbitrarias en la esfera de la integridad personal o privada de los individuos, especialmente en relación con el acceso a servicios de salud, y para el caso de las mujeres, servicios de planificación familiar u otros relacionados con la salud sexual y reproductiva. De igual manera, **la regla del consentimiento informado se relaciona con el derecho de acceso a la información en materia de salud**, debido a que el paciente sólo puede **consentir de manera informada si ha recibido y comprendido información suficiente, que le permita tomar una decisión plena**. Por ello, en la esfera de la salud, la Corte reitera el **carácter instrumental del derecho de acceso a la información ya que es un medio esencial para la obtención de un consentimiento informado** y, por ende, para la realización efectiva del derecho a la autonomía y libertad en materia de salud reproductiva. (Negrita fuera de texto original)

164. Desde el punto de vista del derecho internacional, el consentimiento informado es una obligación que ha sido establecida en el desarrollo de los derechos humanos de los pacientes, el cual constituye no sólo una obligación ética sino también jurídica del personal de salud, quienes deben considerarlo como un **elemento constitutivo de la experticia y buena práctica médica (lex artis) a fin de garantizar servicios de salud accesibles y aceptables**<sup>1</sup>. (...) (Negrita fuera de texto original)

165. La Corte ha establecido que **los Estados tienen la obligación internacional de asegurar la obtención del consentimiento informado antes de la realización de cualquier acto médico, ya que éste se fundamenta principalmente en la autonomía y la auto-determinación del individuo, como parte del respeto y garantía de la dignidad de todo ser humano, así como en su derecho a la libertad**. A su vez, esto implica que el individuo pueda actuar conforme a sus deseos, su capacidad para considerar opciones, adoptar decisiones y actuar sin la injerencia arbitraria de terceras personas, todo ello dentro de los límites establecidos en la Convención. Ello es así, **especialmente, en casos de esterilizaciones femeninas, por implicar estos procedimientos la pérdida permanente de la capacidad reproductiva**. La necesidad de obtención del consentimiento informado protege no sólo el derecho de los pacientes a decidir libremente si desean someterse o no a un acto médico, sino que es un mecanismo fundamental para lograr el respeto y garantía de distintos derechos humanos reconocidos por la Convención Americana, como lo son la dignidad, libertad personal, integridad personal, incluida la atención a la salud y en particular la salud sexual y reproductiva, la vida privada y familiar y a fundar una

---

<sup>1</sup> En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que la salud, en todas sus formas y a todos los niveles abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados, a saber, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La garantía de accesibilidad, que involucra a su vez la no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y el acceso a la información. Por su parte la aceptabilidad, implica que sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. Cfr. ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11 de agosto de 2000, párr. 12.

familia. Asimismo, la Corte estima que **la garantía del libre consentimiento y el derecho a la autonomía en la elección de los métodos anticonceptivos permite impedir de manera eficaz, sobre todo para las mujeres, la práctica de las esterilizaciones involuntarias, no consentidas, coercitivas o forzadas.** (Negrita fuera de texto original)

166. La Corte considera que **el concepto del 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, 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 la decisión, alejándose con ello de la visión paternalista de la medicina, centrándose más bien, en la autonomía individual (*supra* párrs. 160 y 161). **Esta regla no sólo consiste en un acto de aceptación<sup>2</sup>, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber, que sea previo, libre, pleno e informado.** Todos estos elementos se encuentran **interrelacionados**, ya que no podrá haber un consentimiento libre y pleno si no ha sido adoptado luego de obtener y entender un cúmulo de información integral. (Negrita fuera de texto original)

### **Los elementos del consentimiento bajo el derecho y la jurisprudencia internacional**

175. (...) la Corte nota que el aspecto central de los estándares jurídicos destinados a proteger a los individuos frente a los procedimientos médicos ha sido el consentimiento previo, libre, pleno e informado. (...) la Corte considera que **los estándares sobre el consentimiento informado para actos médicos en general son aplicables a la esterilización femenina, por ser ésta una intervención quirúrgica.** Sin embargo, **debido a la naturaleza y a la gravedad del procedimiento, el cual implica que la mujer pierda su capacidad reproductiva de manera permanente, existen factores especiales que deberán ser tomados en cuenta por los proveedores de salud durante el proceso de elección informada que podría derivar en la obtención de un consentimiento informado para someterse a una esterilización.** (...) (Negrita fuera de texto original)

#### *i) Carácter **previo** del consentimiento*

176. (...) implica que **siempre debe ser otorgado antes de cualquier acto médico.** La Corte nota que **no es posible convalidar el consentimiento después de finalizado el acto médico.** (...) la

---

<sup>2</sup> 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. 9.

Declaración de Helsinki relativa a la investigación médica de 1964<sup>3</sup> y la Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente de 1981<sup>4</sup>, ambas adoptadas por **la Asociación Médica Mundial**, así como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la **UNESCO** de 2005<sup>5</sup>, destacan que **ninguna persona podrá ser sometida a un estudio, a cualquier examen, diagnóstico o terapia sin que haya aceptado someterse a la misma. Esto ha sido ratificado, asimismo, por la FIGO<sup>6</sup>, la OMS<sup>7</sup> y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su Recomendación General No. 24<sup>8</sup>**, en el sentido de que los servicios de salud brindados a la mujer serán aceptables sólo si se garantiza su consentimiento previo con pleno conocimiento de causa, es decir, si el consentimiento es anterior a la intervención médica. (Negrita fuera de texto original)

177. Ahora bien, la Corte entiende que **existen excepciones donde es posible que el personal de salud actúe sin la exigencia del consentimiento**, en casos en los que éste no pueda ser brindado por la persona y que sea necesario un **tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente**. (...) El Tribunal considera que **la urgencia o emergencia se refiere a la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria ya que no puede ser pospuesta, excluyendo aquellos casos en los que se puede esperar para obtener el consentimiento**. En relación con **la ligadura de las trompas de Falopio**, la Corte resalta que esta intervención quirúrgica, cuyo propósito es prevenir un embarazo futuro, no puede ser caracterizada como un procedimiento de urgencia o emergencia de daño inminente, de modo tal que esta excepción no es aplicable. (Negrita fuera de texto original)

178. En efecto, es preciso resaltar que **las consideraciones éticas sobre la esterilización de 2011 de la FIGO y la Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas** corroboran este entendimiento, al considerar 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

---

<sup>3</sup> Cfr. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1964, revisada en 2013, principios 25 a 32.

<sup>4</sup> Cfr. Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente, adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981, revisada en 2005 y reafirmada en 2015, principios 3, 7 y 10.

<sup>5</sup> Cfr. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por la Conferencia General de la UNESCO el 19 de octubre de 2005, artículo 6. La UNESCO también ha regulado el principio del consentimiento previo, libre e informado en otras declaraciones, tal como la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, adoptada el 11 de noviembre de 1997, cuyos artículos 5 y 9 mencionan el requisito del “consentimiento previo, libre e informado”.

<sup>6</sup> Cfr. FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer 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).

<sup>7</sup> Cfr. OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folios 5517 a 5518). En este documento se señala que la mujer debe tener suficiente tiempo para madurar su decisión sobre la esterilización antes de la intervención quirúrgica. Dicho período puede variar de acuerdo a las circunstancias de cada mujer.

<sup>8</sup> Cfr. 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).

tomada con posterioridad<sup>9</sup>. La esterilización no constituye, pues, un procedimiento de emergencia médica. (...) (Negrita fuera de texto original)

*ii) Carácter libre del consentimiento*

181. (...) el consentimiento debe ser brindado de manera **libre, voluntaria, autónoma, sin presiones de ningún tipo, sin utilizarlo como condición para el sometimiento a otros procedimientos o beneficios, sin coerciones, amenazas, o desinformación**. Tampoco puede darse como resultado de **actos del personal de salud que induzcan al individuo a encaminar su decisión en determinado sentido, ni puede derivarse de ningún tipo de incentivo inapropiado**. (...) (Negrita fuera de texto original)

182. El consentimiento es personal, en tanto debe ser **brindado por la persona que accederá al procedimiento**. (...) Para **casos de esterilización**, la Corte considera que, **por la naturaleza y las consecuencias graves en la capacidad reproductiva, en relación con la autonomía de la mujer, la cual a su vez implica respetar su decisión de tener hijos o no y las circunstancias en que quiera tenerlos** (*supra* párr. 162), **sólo ella será la persona facultada para brindar el consentimiento, y no terceras personas**, por lo que no se deberá solicitar la autorización de la pareja ni de ninguna otra persona, para la realización de una esterilización<sup>10</sup>. Además, el Tribunal estima que, conforme se ha establecido, por lo general, la esterilización no consiste en un procedimiento de emergencia (*supra* párrs. 177 y 178), por lo que si la mujer no pudiera dar su consentimiento no se deberá acudir a una tercera persona, sino que se deberá esperar hasta que ella pueda brindarlo. La Recomendación General No. 21 de 1994 del **Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer**, la Observación General No. 28 de 2000 del Comité de Derechos Humanos, así como la guía de la **OMS** de 1993, la **FIGO** en sus recomendaciones desde el año 1989 y la **Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas** han coincidido en señalar que, **si bien la decisión de esterilización puede tomarse en pareja, ello no implica que se exija la autorización del esposo** respecto al sometimiento a dicha intervención quirúrgica, al ser la decisión únicamente de la mujer, con base en su autonomía y libertad reproductiva<sup>11</sup>. (Negrita fuera de texto original)

<sup>9</sup> Cfr. FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO de octubre de 2012 y octubre de 2015, las cuales recogen las Consideraciones éticas sobre la esterilización de 2011, págs. 439 a 440 y 541, respectivamente, y 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 y 2457). Véase también, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párrs. 31 a 35, e Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/31/57, 5 de enero de 2016, párr. 45.

<sup>10</sup> Cfr. ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 21, 1994, párrs. 21 a 23 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 38 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folio 2700), y ONU, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 28, *La igualdad de derechos entre hombres y mujeres*, 29 de marzo de 2000, párr. 20. Asimismo, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental consideró que toda exigencia de autorización previa de un tercero infringía la autonomía de la mujer. 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. 57.

<sup>11</sup> Cfr. ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 21, 1994, párr. 22 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 38 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folio 2700); ONU, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 28, *La igualdad de derechos entre hombres y mujeres*, 29 de marzo de 2000, párr. 20; OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, de 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folio 5518); 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 Consideraciones

183. A juicio de la Corte, **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 de una cesárea.** La guía de la OMS de 1993 establecía que no era conveniente que la mujer optara por la esterilización si existían factores físicos o emocionales que pudieran limitar su capacidad para tomar una decisión informada y meditada, como por ejemplo, **mientras se encontraba en labor de parto, recibiendo sedantes o atravesando una situación difícil antes, durante o después de un incidente o tratamiento relacionado con el embarazo**<sup>12</sup>. Esto fue ratificado en las consideraciones éticas sobre la esterilización de 2011 de la FIGO<sup>13</sup>, en la Declaración sobre la Esterilización Forzada de 2012 de la Asociación Médica Mundial<sup>14</sup> y en la **Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas**<sup>15</sup>. (...) el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental destacó que “[l]a **coerción incluye condiciones que facilitan la intimidación, como la fatiga o el estrés**”<sup>16</sup>(...) (Negrita fuera de texto original)

184. Bajo el entendido que el consentimiento deriva del concepto de autonomía y libertad, se entiende que **puede ser revocado por cualquier motivo, sin que ello entrañe desventaja o perjuicio alguno, incluso sólo de manera verbal, ya que no es definitivo**<sup>17</sup>. La obtención del consentimiento, como fue explicado, es producto de un proceso bidireccional entre el médico y el paciente<sup>18</sup>, de modo tal que **la información integral debe ser brindada por el personal de salud de forma objetiva, no manipulada o inductiva, evitando generar temor en el paciente,**

---

éticas sobre la esterilización de 1989, 1990, 2000 y 2011, págs. 59 y 217 (2003), págs. 436 a 437 (2012) y pág. 538 (2015), y 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 2453).

<sup>12</sup> Cfr. OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folio 5517).

<sup>13</sup> Cfr. FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO de octubre 2012 y octubre 2015, las que recogen las Consideraciones éticas sobre la esterilización de 2011, pág. 437 (2012) y pág. 539 (2015).

<sup>14</sup> Cfr. 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).

<sup>15</sup> Cfr. 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, folio 2457).

<sup>16</sup> ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, A/64/272, 10 de agosto de 2009, párr. 14.

<sup>17</sup> Cfr. Declaración de Helsinki, principio 26; Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 6; OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folios 5518 y 5523), y FIGO, Directrices relativas a un consentimiento bien informado adoptadas en 2007, las cuales reafirman lo señalado en el documento de 1995 y agregan principalmente que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento. Al respecto, véase 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 octubre 2012 y octubre 2015, pág. 317 (2012) y pág. 400 (2015).

<sup>18</sup> Cfr. OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folio 5512), y 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).

porque ello podría implicar que el consentimiento no sea realmente libre. Un consentimiento sin información no constituye una decisión libre. (Negrita fuera de texto original)

185. El Tribunal resalta que **el elemento de la libertad de una mujer para decidir y adoptar decisiones responsables sobre su cuerpo y su salud reproductiva, sobre todo en casos de esterilizaciones, puede verse socavado por motivos de discriminación en el acceso a la salud;** por las diferencias en las relaciones de poder, respecto del esposo, de la familia, de la comunidad y del personal médico<sup>19</sup>; por la existencia de factores de vulnerabilidad adicionales<sup>20</sup>, y debido a la existencia de estereotipos de género y de otro tipo en los proveedores de salud<sup>21</sup> (*infra* párr. 187). **Factores tales como la raza, discapacidad, posición socio-económica, no pueden ser un fundamento para limitar la libre elección de la paciente sobre la esterilización ni obviar la obtención de su consentimiento**<sup>22</sup>. (Negrita fuera de texto original)

186. La Corte reconoce que la relación de poder entre el médico y la paciente, puede verse exacerbada por las relaciones desiguales de poder que históricamente han caracterizado a hombres y mujeres, así como por los estereotipos de género socialmente dominantes y persistentes que constituyen de forma consciente o inconsciente la base de prácticas que refuerzan la posición de las mujeres como dependientes y subordinadas<sup>23</sup>. Al respecto, **la Corte ha reconocido que la obligación de eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer lleva ínsita la obligación de eliminar la discriminación basada en estereotipos de género**<sup>24</sup>. (Negrita fuera de texto original)

187. Los estereotipos de género se refieren a una pre-concepción de atributos, conductas o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente<sup>25</sup>. **En el sector de la salud, los estereotipos de género pueden resultar en**

---

<sup>19</sup> 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. 17, y OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folio 5520).

<sup>20</sup> 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, párrs. 54 y 55. De igual forma, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO establece en su artículo 8 que los individuos y grupos especialmente vulnerables deberán ser protegidos y se deberá respetar su integridad personal al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas.

<sup>21</sup> Cfr. 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 2453 y 2455).

<sup>22</sup> Cfr. FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO de noviembre 2003, octubre 2012 y octubre 2015, las que recogen las Consideraciones éticas sobre la esterilización de 2011, págs. 436 a 440 (2012) y págs. 537 a 541 (2015).

<sup>23</sup> Cfr. FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO de octubre 2012 y octubre 2015, las que recogen las recomendaciones respecto del Riesgo de la estereotipación de la mujer en el cuidado de la salud de 2011, págs. 332 a 336 (2012) y págs. 418 a 422 (2015).

<sup>24</sup> Cfr. *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 401, y *Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Serie C No. 289, párr. 268*.

<sup>25</sup> Cfr. *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México, supra*, párr. 401, y *Caso Velásquez Paiz y otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de noviembre de 2015. Serie C No. 307, párr. 180.

**distinciones, exclusiones o restricciones que menoscaban o anulan el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos, y específicamente, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer con base en su condición. En particular, la Corte advierte que los estereotipos de género negativos o perjudiciales pueden impactar y afectar el acceso a la información de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, así como el proceso y la forma en que se obtiene el consentimiento.** Una mujer que no tiene conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos puede ser propensa a adoptar una actitud menos asertiva respecto a sus derechos. Esto puede conllevar a que deposite mayor confianza en el criterio de su médico, o que profesionales de la salud adopten una posición paternalista respecto a su paciente. Ambas condiciones pueden abrir la puerta a una situación de ejercicio del poder donde profesionales de la salud tomen decisiones sin tomar en cuenta la autonomía y voluntad de su paciente. La Corte visibiliza algunos estereotipos de género frecuentemente aplicados a mujeres en el sector salud, que generan efectos graves sobre la autonomía de las mujeres y su poder decisorio: i) las mujeres son identificadas como seres vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables o consistentes, lo que conlleva a que profesionales de la salud nieguen la información necesaria para que las mujeres puedan dar su consentimiento informado; ii) las mujeres son consideradas como seres impulsivos y volubles, por lo que requieren de la dirección de una persona más estable y con mejor criterio, usualmente un hombre protector, y iii) las mujeres deben ser quienes deben llevar la responsabilidad de la salud sexual de la pareja, de modo tal que es la mujer quien dentro de una relación tiene la tarea de elegir y usar un método anticonceptivo<sup>26</sup>. (...) (Negrita fuera de texto original)

188. Asimismo, la Corte estima que **es trascendental evitar que el personal médico induzca a la paciente a consentir como consecuencia de la falta de entendimiento de la información brindada, y que se abstenga de actuar prescindiendo del mismo, particularmente en casos en donde la mujer posee escasos recursos económicos y/o niveles bajos de educación, bajo el pretexto de que la medida es necesaria como medio de control de la población y de la natalidad.** Esto último puede, a su vez, conllevar a una situación en que se induzca la toma de decisión en favor de la esterilización de la mujer y no del hombre, con base en el estereotipo de que la mujer es quien ostenta el rol primario de la procreación y debe ser la responsable de la contracepción (*infra* párr. 246). (Negrita fuera de texto original)

### *iii) Carácter pleno e informado del consentimiento*

189. (...) El consentimiento pleno sólo puede ser obtenido **luego de haber recibido información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, y luego de haberla entendido cabalmente.** La Corte considera, luego de haber llevado a cabo un análisis de diversas fuentes, que **los prestadores de salud deberán informar al menos, sobre: 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**

---

<sup>26</sup> Cfr. FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO de octubre 2012 y octubre 2015, las que recogen las recomendaciones respecto del Riesgo de la estereotipación de la mujer en el cuidado de la salud de 2011, págs. 332 a 336 (2012) y págs. 418 a 422 (2015).

**propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento**<sup>27</sup>. (Negrita fuera de texto original)

191. Ahora bien, como ya quedó establecido anteriormente, **la obtención del consentimiento debe derivar de un proceso de comunicación, mediante el cual personal calificado presente información clara y sin tecnicismos, imparcial, exacta, veraz, oportuna, completa, adecuada, fidedigna y oficiosa, es decir, información que otorgue los elementos necesarios para la adopción de una decisión con conocimiento de causa.** El personal de salud no debe actuar de forma coercitiva o inductiva con el fin de lograr la aceptación del acto médico, con base en el entendido que la opinión médica prima sobre la autonomía y deseos del paciente. Los proveedores de servicios de salud son agentes fundamentales para asegurar que se brinde información adecuada, por lo que la forma como se presenta la información es muy importante porque tanto el personal de salud como el propio paciente pueden tener concepciones preconcebidas del tratamiento, sumado al hecho de que muchas veces existen problemas comunicando ideas entre seres humanos<sup>28</sup>. (Negrita fuera de texto original)

192. En este sentido, **con el fin de que la información pueda ser cabalmente entendida, el personal de salud deberá tener en cuenta las particularidades y necesidades del paciente**<sup>29</sup>, como por ejemplo su cultura, religión, estilos de vida, así como su nivel de educación. Ello hace parte del deber de brindar una atención en salud culturalmente aceptable. (...) Es decir que **la información brindada deberá tener un elemento objetivo y subjetivo.** Tomar en cuenta las particularidades de la persona es especialmente importante cuando los pacientes pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad o con necesidades específicas de protección debido a

---

<sup>27</sup> Cfr. Código de Ética Médica 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, folios 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), y 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 2454 y 2457).

<sup>28</sup> 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. 59.

<sup>29</sup> Cfr. OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folios 5510 a 5520), y 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).

fuentes de exclusión, marginalización o discriminación, relevantes para el entendimiento de la información. A su vez, la Corte considera que, para que la información sea cabalmente comprendida y se tome una decisión con conocimiento de causa, se debe **garantizar un plazo razonable de reflexión**, el cual podrá variar de acuerdo a las condiciones de cada caso y a las circunstancias de cada persona. Ello constituye una garantía especialmente eficaz para evitar esterilizaciones no consentidas o involuntarias<sup>30</sup>. (Negrita fuera de texto original)

193. El Tribunal entiende que lo señalado en el párrafo precedente es **relevante en los procesos de obtención del consentimiento informado para esterilizaciones femeninas, debido a la discriminación y estereotipos negativos o perjudiciales que afrontan a las mujeres en el marco de la atención en salud (supra párr. 187)**. En estos casos, además, la obligación de brindar información consiste en un deber reforzado, debido a la naturaleza y entidad del acto mismo. Las consideraciones especiales inherentes al consentimiento informado relativo a la esterilización que se deben tomar en cuenta por el personal de salud y la información necesaria que debe brindar dicho personal para que la paciente pueda tomar una decisión informada, **debe incluir, adicionalmente a lo ya establecido, que la esterilización constituye un método permanente** y, en razón de que la paciente puede posteriormente arrepentirse de su esterilidad, **advertir sobre la existencia de métodos anticonceptivos alternativos menos intrusivos**, incluso métodos de anticoncepción masculina, ya que podría ser una alternativa apropiada. Asimismo, es conveniente que se considere y se informe que la esterilización, al ser una intervención quirúrgica, podría generar **riesgos o potenciales efectos secundarios y que existe una tasa mensurable de fallas como cualquier método de esterilización, pero que, a su vez, podrían existir consecuencias si se declina el tratamiento**<sup>31</sup>. (...) (Negrita fuera de texto original)

---

<sup>30</sup> El TEDH consideró en el caso *V.C Vs. Eslovaquia* que la señora V.C. otorgó su consentimiento durante el trabajo de parto, sólo dos horas y media después de haber ingresado al hospital, y en circunstancias que no le permitieron tomar una decisión libre, luego de haber considerado lo que se encontraba en juego y las implicaciones de su decisión respecto a la esterilización. Cfr. TEDH, *Caso V.C. Vs. Eslovaquia*, No. 18968/07. Sentencia de 8 de noviembre de 2011, párrs. 111 y 117 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 28 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folios 2531 a 2577). De igual forma el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en el caso *A.S v Hungría*, concluyó que el lapso de 17 minutos y las circunstancias por medio de las cuales A.S. decidió someterse a la esterilización, no le permitieron brindar un consentimiento libre, pleno e informado. Cfr. ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *A.S. contra Hungría* (Comunicación No. 4/2004), CEDAW/C/36/D/4/2004, 29 de agosto de 2006, párr. 11.3.

<sup>31</sup> Cfr. OMS, *Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios*, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folios 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. 21, 1994, párrs. 21 a 23 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 38 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folio 2700); 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); ONU, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 28, *La igualdad de derechos entre hombres y mujeres*, 29 de marzo de 2000, párr. 20; 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. 52; 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. 54 a 55; 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), y 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 2454 y 2457).

194. **La Corte considera que, de manera general, las consideraciones especiales inherentes al consentimiento informado para las esterilizaciones y los aspectos necesarios que el personal de salud debe abordar para que la mujer tome una decisión previa, libre, plena e informada se condicen con los criterios establecidos por la OMS desde el año 1993 y la FIGO desde el año 1989<sup>32</sup>. La FIGO y la Declaración Interinstitucional de la ONU, además, han otorgado gran relevancia a la obligación de no censurar, retener o malinterpretar información de manera intencional acerca de la esterilización y métodos alternativos de anticoncepción, para obtener el consentimiento, por lo que puede poner a la salud y los derechos humanos básicos en peligro<sup>33</sup>.** (Negrita fuera de texto original)

195. Por otro lado, si bien no existe un consenso a nivel internacional o derivado de la normativa interna de los Estados respecto a si el consentimiento debe otorgarse de forma verbal o por escrito, la Corte considera que **la prueba de la existencia de éste debe documentarse o registrarse formalmente en algún instrumento<sup>34</sup>.** (...) (Negrita fuera de texto original)

196. Sin perjuicio de lo señalado, la Corte coincide con la opinión de la Comisión, en el sentido de que **para casos de esterilización femenina, por la relevancia e implicancias de la decisión y para efectos de mayor seguridad jurídica, el consentimiento se debería otorgar por escrito, en la medida de lo posible. Mientras mayores sean las consecuencias de la decisión que se va a adoptar, más rigurosos deberán ser los controles para asegurar que un consentimiento válido sea realmente otorgado.** (Negrita fuera de texto original)

---

<sup>32</sup> Cfr. OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folios 5510 a 5520 y 5530 a 5531); OMS, Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones, 2014; Ensuring human rights within contraceptive programmes. A human rights analysis of existing quantitative indicators, 2014, págs. 25 a 26; Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services, 2014, págs. 3 a 6; Criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos, primera edición, 1996, págs. 87 y sig.; segunda edición, 2000, págs. 105 y sig.; tercera edición, 2005, págs. 105 y sig., y cuarta edición, 2009, págs. 105 y sig.; 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), y 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).

<sup>33</sup> En este mismo sentido, la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Esterilización Forzada establece que una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluida la esterilización, deben estar accesibles y ser económicamente abordables para cada persona. Cfr. AMM, Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Esterilización Forzada, adoptada por la 63 Asamblea General, Bangkok, Tailandia, octubre de 2012, la cual resalta que el consentimiento en esterilizaciones debe estar libre de cualquier incentivo material o social que pueda alterar la libertad de elección (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 31 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folios 2613 a 2614).

<sup>34</sup> El principio 26 de la Declaración de Helsinki señala que el consentimiento debería ser preferentemente escrito, pero si no fuera posible otorgarlo por este medio, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. En este mismo sentido, OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folios 5518 a 5520), y 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. 13.

**Consideraciones adicionales efectuadas por la Corte al momento de analizar las violaciones de los artículos 5, 7, 11, 13 y 17 de la Convención Americana y 7.b) de la Convención de Belém do Pará**

209. (...) la creación de normativa que asegure la obtención del consentimiento informado y los elementos que se deben respetar para su validez, contribuyen a la prevención de violaciones de derechos humanos de las mujeres, (...) (Negrita fuera de texto original)

210. En este sentido, **la Corte estima pertinente que se incluya en la normativa de los Estados definiciones claras de lo que constituye el consentimiento informado. Además, los Estados deben monitorear los centros de salud públicos y privados, incluyendo clínicas y hospitales, que llevan a cabo procedimientos de esterilización con el fin de asegurar que el consentimiento pleno de la paciente sea otorgado antes de la realización de cualquier esterilización, con la consiguiente adopción de mecanismos para lograr una sanción, en caso de que ello no sea cumplido**<sup>35</sup>. Asimismo, el artículo 22 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (*supra* párr. 176) recoge la obligación de los Estados de adoptar disposiciones de diversa índole para poner en práctica los principios enunciados conforme al derecho internacional de los derechos humanos, entre ellos el consentimiento informado. El Tribunal considera que, para casos de esterilizaciones no consentidas o involuntarias, las medidas para prevenir dichos actos son de vital importancia ya que, si bien la creación de mecanismos de acceso a la justicia permiten la garantía de los derechos, no podrán asegurar en todos los casos la restitución íntegra de la capacidad reproductiva, la cual habrá sido perdida con motivo de la intervención quirúrgica. (Negrita fuera de texto original)

232. (...) Asimismo, la Corte entiende que **en casos de esterilizaciones femeninas es imprescindible el acceso a información sobre métodos alternativos de anticoncepción debido a que la ligadura de las trompas es sólo un método entre una diversidad de métodos que podrían haberse evaluado para lograr el mismo fin**, esto es, impedir un futuro embarazo. La Corte ya ha establecido en otros casos que el acceso a la información integral y comprehensiva es un componente de la accesibilidad a los servicios de salud y, por ende, es imprescindible para garantizar este derecho (*supra* párr. 156). (Negrita fuera de texto original)

243. (...) las esterilizaciones no consentidas afectan de forma desproporcionada a las mujeres exclusivamente por esta condición en razón que se les asigna socialmente la función reproductora y de planificación familiar<sup>36</sup>. (...)

244. En este marco, la Corte resalta que “tratándose de la prohibición de discriminación por una de las categorías protegidas contempladas en el artículo 1.1 de la Convención, la eventual restricción de un derecho exige una fundamentación rigurosa y de mucho peso, lo cual implica

---

<sup>35</sup> Cfr. ONU, 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.

<sup>36</sup> Cfr. Peritaje rendido por Luisa Cabal ante fedatario público el 28 de abril de 2016 (expediente de prueba, tomo XI, affidávits, folio 3960).

que las razones utilizadas por el Estado para realizar la diferenciación de trato deben ser particularmente serias y estar sustentadas en una argumentación exhaustiva. Además, se invierte la carga de la prueba, lo que significa que corresponde a la autoridad demostrar que su decisión no tenía un propósito ni un efecto discriminatorio”<sup>37</sup>.

252. (...) Asimismo, la Corte ha resaltado que las esterilizaciones afectan de forma desproporcionada a las mujeres por el hecho de ser mujeres y con base en la percepción de su rol primordialmente reproductivo y de que no son capaces de tomar decisiones responsables sobre su salud reproductiva y la planificación familiar (*supra* párrs. 187 y 243).

254. **La Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, reconoció que la esterilización forzada es un acto de violencia contra la mujer**<sup>38</sup>. Esto ha sido **reafirmado por relatores especiales de las Naciones Unidas**, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Humanos, señalando que la esterilización femenina forzada, obligatoria, coercitiva, no consentida o involuntaria efectivamente constituye un acto de violencia contra la mujer<sup>39</sup>. (Negrita fuera de texto original)

**DERECHOS A LAS GARANTÍAS JUDICIALES Y A LA PROTECCIÓN JUDICIAL, EN RELACIÓN CON LAS OBLIGACIONES DE RESPETAR Y GARANTIZAR LOS DERECHOS Y DE NO DISCRIMINAR Y EL ARTÍCULO 7 DE LA CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ RESPECTO DE ESTERILIZACION NO CONSENTIDAS O INVOLUNTARIAS**

***Acceso a la justicia en caso de violaciones a los derechos sexuales y reproductivos***

297. **La esterilización no consentida o involuntaria constituye una de las diversas prácticas que encierra el concepto de violencia contra la mujer** (*supra* párr. 254) y, en esa medida, los estándares desarrollados en la jurisprudencia de este Tribunal respecto a la obligación de investigar en casos de violencia contra la mujer se tornan aplicables. (...) (Negrita fuera de texto original)

299. Por lo tanto, **la protección de los derechos de las mujeres a través del acceso a recursos oportunos, adecuados y efectivos para remediar estas violaciones de forma integral y evitar la recurrencia** de estos hechos en el futuro resulta de suma relevancia si se toma en consideración que hoy en día, en el marco de la atención médica y el acceso a los servicios de salud, las mujeres siguen siendo vulnerables a sufrir violaciones a sus derechos sexuales y

---

<sup>37</sup> *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador, supra*, párr. 257, y *Caso Flor Freire Vs. Ecuador, supra*, párr. 125.

<sup>38</sup> *Cfr.* Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, A/CONF.177/20, 1995, párr. 115.

<sup>39</sup> *Cfr.* ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 19, *La violencia contra la mujer*, 1992, párr. 22; Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, A/CONF.177/20, 1995, párr. 115; 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, Observación General No. 28, *La igualdad de derechos entre hombres y mujeres*, 29 de marzo de 2000, párrs. 11 y 22, e Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párr. 48.

reproductivos, en la mayoría de los casos a través de prácticas discriminatorias que son consecuencia de la aplicación de estereotipos en su perjuicio. (Negrita fuera de texto original)

301. Es claro que el derecho penal internacional establece una obligación de tipificar, como recepción normativa nacional del Estatuto de Roma, la esterilización forzada como crimen de lesa humanidad y como crimen de guerra (*supra* párr. 204), práctica que incluso puede constituir un acto de genocidio<sup>40</sup>. Esa obligación trae aparejada, evidentemente, una **obligación de investigar ex officio dichas conductas**. (Negrita fuera de texto original)

302. La práctica internacional indica que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer se ha pronunciado sobre la obligación de los Estados de adoptar medidas efectivas para prevenir y remediar la ocurrencia de esterilizaciones no consentidas, involuntarias, bajo coacción o forzadas, entre ellas que los Estados establezcan sanciones apropiadas y medidas de compensación<sup>41</sup>. Así, en su Recomendación General No. 24 de 1999 indicó que “[l]os Estados Partes no deben permitir formas de coerción, tales como la **esterilización sin consentimiento** [...], que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa”<sup>42</sup>. (Negrita fuera de texto original)

303. Por su parte, el Comité de Derechos Humanos ha reconocido la importancia de establecer en el ordenamiento interno un **derecho de indemnización de las personas sometidas a esterilización forzosa**<sup>43</sup>, así como mecanismos para vigilar que se sigan todos los procedimientos para obtener el consentimiento pleno e informado de las mujeres y, en caso que no se haya obtenido, que se investigue lo sucedido<sup>44</sup>. (Negrita fuera de texto original)

304. Asimismo, el Comité contra la Tortura ha otorgado particular importancia a la investigación llevada a cabo de manera rápida, imparcial, exhaustiva y efectiva en casos en que se verificaban continuas denuncias de esterilizaciones involuntarias, forzadas o bajo coacción a fin de identificar, procesar y castigar a los autores, así como proporcionar a las víctimas una indemnización equitativa y adecuada<sup>45</sup>.

---

<sup>40</sup> Aunque no esté expresamente consagrada como genocidio, la esterilización forzada puede constituir un acto genocida si, con base en lo que establece el artículo 6 del Estatuto de Roma en sus literales b) y d), se realiza en contra de personas que pertenecen a un determinado grupo nacional, étnico, racial o religioso, independientemente del medio utilizado para lograr la esterilización y siempre que el objeto sea destruirlo total o parcialmente.

<sup>41</sup> En un caso de esterilización no consentida, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó “[h]acer un seguimiento de los centros sanitarios públicos y privados, incluidos los hospitales y las clínicas, en que se practiquen esterilizaciones, para asegurarse de que los pacientes dan su consentimiento con pleno conocimiento de causa antes de que se lleve a cabo la intervención de esterilización, e imponer las debidas sanciones en caso de que no sea así”. ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, A.S. *contra Hungría* (Comunicación No. 4/2004), CEDAW/C/36/D/4/2004, 29 de agosto de 2006, párr. 11.5. En otro caso, instó al Estado “a que apruebe una ley general que proteja a las mujeres, incluidas las mujeres discapacitadas, de la esterilización y el aborto forzados”. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales respecto de Kuwait, CEDAW/C/KWT/CO/3-4, 8 de noviembre de 2011, párr. 49.

<sup>42</sup> ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, *La mujer y la salud*, 1999, párr. 22.

<sup>43</sup> Cfr. ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales respecto de Japón, CCPR/C/79/Add.102, 19 de noviembre de 1998, párr. 31.

<sup>44</sup> Cfr. ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales respecto de Eslovaquia, CCPR/C/SVK/CO/3, 20 de abril de 2011, párr. 13.

<sup>45</sup> Cfr. ONU, Comité contra la Tortura, Observaciones finales respecto de Eslovaquia, CAT/C/SVK/CO/2, 17 de diciembre de 2009, párr. 10; Comité contra la Tortura, Observaciones finales respecto del Perú, CAT/C/PER/CO/5-6, 21 de enero de 2013, párr. 15, y Comité contra la Tortura, Observaciones finales respecto de Kenia, CAT/C/KEN/CO/2, 19 de junio de 2013, párr. 27.

305. En su Observación General No. 22 de 2016, sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales indicó que los Estados Partes deben poner en práctica leyes, políticas y programas para prevenir, tratar y corregir violaciones del derecho de todas las personas a la autonomía de toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva, libre de violencia, la coerción y la discriminación<sup>46</sup>.

306. El Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes también ha exhortado a los Estados a adoptar medidas respecto a los malos tratos en entornos sanitarios y, en particular, a que:

*72. [...] e) Prohíban la esterilización forzada o bajo coacción en cualquier circunstancia y ofrezcan una protección especial a los miembros de los grupos marginados; y velen por que los proveedores de asistencia sanitaria obtengan el consentimiento libre, pleno e informado para ejecutar tales procedimientos y expliquen todos los riesgos, ventajas y alternativas existentes de manera comprensible, sin recurrir a amenazas o incentivos, en todos los casos [47.]*

307. Adicionalmente, **la Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas estableció que se debe proporcionar acceso a los mecanismos de reparación administrativa y judicial, a los recursos y las reparaciones, para todas las personas sometidas a procedimientos de esterilización forzosa, coercitiva o involuntaria, incluida la compensación por las consecuencias y, en casos de esterilización forzada, realizar una investigación pronta, independiente e imparcial y aplicar sanciones apropiadas en caso de establecerse la responsabilidad**<sup>48</sup>. (Negrita fuera de texto original)

308. El Comité Interamericano de Mujeres en su Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará<sup>49</sup>, ha recomendado la criminalización de la esterilización forzada como delito común, pues permitiría sancionar a un agresor respecto de víctimas individuales.

310. En definitiva, la revisión de la práctica internacional evidencia que una gama de diversas medidas son consideradas adecuadas para remediar una esterilización no consentida, involuntaria, coercitiva o forzada, lo que va a depender de las circunstancias del caso y el

---

<sup>46</sup> Cfr. ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22, *El derecho a la salud sexual y reproductiva*, 4 de marzo de 2016, párr. 29.

<sup>47</sup> ONU, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/31/57, 5 de enero de 2016, párr. 72.e).

<sup>48</sup> Cfr. 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 (traducción libre) (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 25 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folio 2459).

<sup>49</sup> Cfr. OEA, Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará, Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (MESECVI), abril de 2012, pág. 43, disponible en: <https://www.oas.org/es/mese cvi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-ES.pdf>

contexto en que sucedieron los hechos. Ahora bien, la Corte considera necesario afirmar que, **si el consentimiento previo, libre, pleno e informado es un requisito ineludible para que una esterilización no sea contraria a los parámetros internacionales, debe también existir la posibilidad de reclamar ante las autoridades correspondientes en aquellos casos en que el médico no haya cumplido con este requisito ético y legal de la práctica médica, a fin de establecer las responsabilidades correspondientes y acceder a una indemnización.** Dichas medidas deben incluir, la **disponibilidad y el acceso a recursos administrativos y jurisdiccionales para presentar reclamos en caso en que no se haya obtenido el consentimiento previo, libre, pleno e informado y el derecho a que dichos reclamos sean examinados sin demora y de forma imparcial.** Sostener lo contrario conduciría a negar el efecto útil de la regla del consentimiento informado. (Negrita fuera de texto original)

311. En suma, la Corte considera que existe un reconocimiento cada vez mayor de que las prácticas de esterilización no consentida, involuntaria, forzada o coercitiva no pueden quedar impunes, ya que lo anterior conduciría a perpetuar desde lo institucional estereotipos discriminatorios en el ámbito de la salud reproductiva que se basan en la creencia de que las mujeres no son personas competentes para la toma de decisiones sobre su cuerpo y salud. Ello no implica necesariamente que la vía penal sea exigible en todos los casos, pero que el Estado debe disponer de mecanismos accesibles para presentar reclamos, que sean adecuados y eficaces para el establecimiento de responsabilidades individuales, ya sea en el ámbito disciplinario, administrativo o judicial, según corresponda, a fin de reparar a la víctima de forma adecuada.