

REVISTA DEL CENTRO DE ESTUDIOS CONSTITUCIONALES

Año X. Núm. 17
2025

Operatividad del derecho a la salud para abordar la violencia obstétrica en Sudáfrica: lecciones de México

Operationalizing the right to health to address obstetric violence in South Africa: lessons from Mexico

GEORGIA SPEECHLY*

Fecha de recepción: 18 de agosto de 2025

Fecha de aprobación: 1 de noviembre de 2025

Resumen

Sudáfrica y México comparten importantes similitudes en los abusos institucionalizados contra las mujeres durante el parto y el alumbramiento (violencia obstétrica), la legislación constitucional en materia de derechos humanos y los derechos sanitarios exigibles. Dado que en México ya se han adoptado y aplicado diversas respuestas legales a la violencia obstétrica, este artículo reflexiona sobre lo que los abogados y activistas sudafricanos que se oponen a la violencia obstétrica pueden aprender del enfoque mexicano. En particular, analiza y evalúa el uso que hace la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) de los derechos de salud y las soluciones estructurales en casos relacionados con la violencia obstétrica y la autonomía reproductiva. Ese enfoque refleja en términos generales las tendencias que se desarrollan en otros tribunales supremos de

* Doctoranda en Derecho, Exeter College, Universidad de Oxford. Agradezco a Carlos De la Rosa Xochitiotzi su ayuda con la traducción al español.

Lationoamérica. Al comparar jurisdicciones, el artículo también ofrece información sobre el sistema de salud pública y la legislación en materia de derechos humanos de Sudáfrica.

Palabras clave: Violencia obstétrica, parto, derecho a la salud, acceso a los servicios de salud, soluciones estructurales, Sudáfrica

Abstract

South Africa and Mexico share important similarities with regard to institutionalized abuses against women during labor and delivery (obstetric violence), constitutional legislation on human rights, and enforceable health rights. Given that Mexico has already adopted and implemented various legal responses to obstetric violence, this article reflects on what South African lawyers and activists opposing obstetric violence can learn from the Mexican approach. In particular, it analyzes and evaluates the Supreme Court of Justice of the Nation's (SCJN) use of health rights and structural remedies in cases related to obstetric violence and reproductive autonomy. This approach broadly reflects trends developing in other supreme courts in Latin America. By comparing jurisdictions, the article also provides information on South Africa's public health system and human rights legislation.

Keywords: Obstetric violence, childbirth, right to health, access to health services, structural remedies, South Africa

1. Introducción

La violencia obstétrica incluye los abusos físicos, emocionales e institucionales durante el parto contra las mujeres y las personas que dan a luz, es un fenómeno mundial muy extendido (Organización Mundial de la Salud, 2015). La mayor atención prestada a la violencia obstétrica sistémica en los hospitales sudafricanos (Chadwick, 2017; Jewkes *et al.*, 1998; Kruger y Schoombee, 2010) ha suscitado preguntas sobre los posibles mecanismos jurídicos para hacer frente a la crisis (Pickles, 2015; Rucell, 2020). La responsabilidad del Gobierno sudafricano de prevenir la violencia obstétrica es especialmente notable en los hospitales públicos, donde los profesionales médicos responsables de los abusos

a las personas que dan a luz son empleados estatales que actúan en nombre del Estado.¹ El abuso institucionalizado de las personas que dan a luz es, por lo tanto, una forma de violencia estatal.²

Es indiscutible que la violencia obstétrica viola varios derechos humanos. La Organización Mundial de la Salud ha destacado los derechos a la dignidad, la igualdad y la no discriminación, el acceso a la información, la libertad frente a la violencia y a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva (Organización Mundial de la Salud, 2015).³ Es esta última categoría de derechos —los derechos a la salud— la que constituye el tema central de este artículo. ¿Cómo se pueden poner en práctica los derechos a la salud para abordar la violencia obstétrica institucional en las instituciones estatales sudafricanas?

Para responder a esta pregunta, es útil fijarse en las jurisdicciones latinoamericanas, donde se originó el movimiento contra la violencia obstétrica (Sadler, 2025), y donde la violencia obstétrica sistémica ha sido abordada en la legislación y por los tribunales.⁴ Una de estas jurisdicciones es México, donde la violencia obstétrica en las instituciones estatales presenta muchas similitudes con la de las sudafricanas;⁵ está explícitamente tipificada como delito en numerosos

¹ En el contexto sudafricano, esto es indiscutible. Véase, por ejemplo, *Miembro del Consejo Ejecutivo de Salud y Desarrollo Social, Gauteng contra DZ obo WZ* 2018 (1) SA 335 (CC).

² Como se analiza más adelante, los tribunales mexicanos han aceptado que la violencia obstétrica es una forma de “violencia institucional” en virtud de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, *Diario Oficial de la Federación*, 1 de febrero de 2007, última reforma publicada DOF, 16 de diciembre de 2024 (“Legislación mexicana contra la violencia contra las mujeres”).

³ Véanse los artículos 6 y 19 y el preámbulo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966). Disponible en: «<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>». [Consultado el 14 de agosto de 2025]; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Disponible en: «<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>». [Consultado el 14 de agosto de 2025] (“ICESCR”); y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979). Disponible en: «<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>». [Consultado el 14 de agosto de 2025] (CEDAW).

⁴ Véanse las secciones 3 y 5 más adelante.

⁵ Véase la sección 2.3 más adelante.

estados;⁶ y ha sido abordada en varias ocasiones por su Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) (incluso como una violación del derecho constitucional a la protección de la salud).⁷ ¿Qué se puede aprender, si es que hay algo, de las respuestas legales mexicanas a la violencia obstétrica? En particular, ¿cómo se han utilizado los derechos de salud para abordar la crisis?

Este artículo se divide en varias partes. La segunda parte ofrece una breve descripción general de la violencia obstétrica y la legislación sobre derechos humanos en Sudáfrica y México. Se examinan algunas similitudes entre ambas jurisdicciones, tanto en lo que respecta a la forma en que se manifiesta la violencia obstétrica como a la estructura, interpretación y aplicación de los derechos humanos constitucionales. La tercera parte describe algunas de las respuestas jurídicas que se han empleado en México, incluida la legislación penal. A continuación, en la cuarta parte se esbozarán brevemente las definiciones y las respuestas jurídicas a la violencia obstétrica en América Latina. Este análisis pretende situar las respuestas mexicanas en un contexto más amplio y destacar algunos de los patrones regionales que se reflejan en el enfoque mexicano. Posteriormente, en la quinta parte, se analizará temáticamente el enfoque de la SCJN sobre la violencia obstétrica y los derechos de salud reproductiva. Por último, en la sexta parte se evaluarán los derechos a la salud como marco jurídico para abordar la violencia obstétrica.

El objetivo principal de esta investigación ha sido apoyar a los movimientos de base contra la violencia obstétrica en Sudáfrica, recopilando información de una jurisdicción con una respuesta activista y jurídica más consolidada a la violencia obstétrica. Sin embargo, la información sobre la violencia obstétrica y los derechos a la salud en Sudáfrica también puede ser útil para los académicos y activistas mexicanos. ¿Qué podemos aprender unos de otros? Un segundo objetivo de este documento es defender los derechos fundamentales a la salud

⁶ En el momento de redactar el presente informe, la violencia obstétrica ha sido tipificada como delito en siete estados mexicanos: Aguascalientes, Estado de México, Guerrero, Veracruz, Chiapas, Yucatán y Quintana Roo. Para más información, véase la sección 3 más adelante.

⁷ Véanse las secciones 4.2 y 5 más adelante.

(y otros derechos relacionados) como marco jurídico para comprender y abordar el fenómeno. Estos argumentos respaldan el enfoque estratégico de las principales ONG feministas mexicanas, que han buscado principalmente la cooperación, la sensibilización pública y la reforma sistémica, en lugar de respuestas jurídicas individualizadas y punitivas.

2. La violencia obstétrica y los derechos humanos en Sudáfrica y México

En primer lugar, es necesario desentrañar el concepto de violencia obstétrica y establecer las similitudes sustanciales entre México y Sudáfrica. Estas similitudes se dan tanto en la forma en que se manifiesta la violencia obstétrica como en aspectos relevantes de los sistemas jurídicos de ambos países, en particular sus amplios derechos humanos constitucionales, incluidos los derechos sociales y económicos.

La segunda parte se divide en tres secciones. En primer lugar, se introduce el concepto de violencia obstétrica. En segundo lugar, se explican algunos de los tipos más comunes de violencia obstétrica en México y Sudáfrica, destacando las similitudes significativas entre la incidencia y las causas subyacentes del fenómeno en ambos países. En tercer lugar, se ofrece una breve descripción de los sistemas jurídicos mexicano y sudafricano, incluidas sus leyes de derechos humanos. Así, esta parte sirve tanto para presentar las cuestiones clave como para justificar la hipótesis de este artículo de que los activistas, legisladores, abogados y tribunales sudafricanos podrían aplicar algunas de las experiencias y enfoques de sus homólogos mexicanos para responder a la violencia obstétrica generalizada y sistémica en los centros estatales.

2.1 ¿Qué es la violencia obstétrica?

La violencia obstétrica se refiere generalmente al abuso, el maltrato y la falta de respeto hacia las mujeres y las personas que gestan (denominadas indistintamente “mujeres” y “personas que dan a luz” en este artículo) durante el parto y el alumbramiento. Los abusos durante el embarazo y el posparto también se

incluyen con frecuencia en el término genérico de “violencia obstétrica” (García, 2020, p. 661) aunque algunos investigadores sugieren que limitar el uso del término al contexto del parto y el alumbramiento puede evitar que se convierta en un término demasiado amplio y nebuloso (Pickles, 2024). Sin defender ninguno de los dos enfoques, este artículo se centra únicamente en los abusos durante el parto y el alumbramiento, con el fin de mantener la atención en las cuestiones y vulnerabilidades específicas que surgen en ese contexto. Además, aunque los abusos pueden producirse durante los partos en el hogar y en otros contextos (Farouk *et al.*, 2021), el término se ha utilizado en gran medida para referirse a los abusos cometidos por profesionales de la salud y a los daños sufridos en las instituciones sanitarias (Pickles, 2024). Se trata de un fenómeno muy extendido, que se produce en todas las partes del mundo, tanto en instituciones públicas como privadas (Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, 2019). No obstante, el abuso puede manifestarse de múltiples formas en función del contexto. Por ello, no existe una definición establecida de violencia obstétrica.

De hecho, no existe *un enfoque* establecido para definir el fenómeno. Algunos investigadores han intentado definir la violencia obstétrica a través de tipologías de conducta de los profesionales de la salud. Por ejemplo, Bowser y Hill han tratado de definir la violencia obstétrica haciendo referencia a siete categorías: abuso físico; atención no consentida; atención no confidencial; atención indigna; discriminación basada en las características de la paciente; abandono de la atención; y detención en centros (Bowser y Hill, 2010). Este enfoque es útil para medir la incidencia de la violencia obstétrica y para comunicar a los profesionales de la salud qué comportamientos deben evitar. Como resultado, las definiciones jurídicas tienden a basarse en este tipo de tipologías: “la ley se centra principalmente en cuestiones que son susceptibles de prueba”,⁸ como las conductas tangibles. Sin embargo, definir la violencia obstétrica a través de categorías de conducta puede pasar por alto manifestaciones importantes del

⁸ Herring reconoce las dificultades de demostrar los daños relacionales (incluida la falta de compasión por parte de los trabajadores de la salud que trata a los pacientes) (Herring, 2017, p. 161).

fenómeno, y las definiciones tendrían que modificarse en diferentes contextos geográficos, culturales y de otro tipo.

Un enfoque alternativo para definir la violencia obstétrica, considerado un enfoque centrado en el daño o en la víctima, busca identificar y conectar las múltiples manifestaciones de la violencia obstétrica haciendo referencia a experiencias de daño comúnmente reportadas (Pickles, 2024). Un enfoque definitorio centrado en el daño considera qué experiencias dañinas conectan los múltiples tipos de maltrato que pueden ocurrir durante el parto. Lo que es notable sobre estos relatos de violencia obstétrica es su tendencia a centrarse en los daños emocionales y relacionales. Si bien el parto es una experiencia físicamente exigente y dolorosa, y la violencia obstétrica a menudo se manifiesta como abuso físico, los daños fundamentales de la violencia obstétrica tienden a residir en experiencias de deshumanización, cosificación (sentirse como un medio para un fin, o incluso como un “trozo de carne”), desempoderamiento (basado tanto en un desequilibrio de conocimiento como de poder entre las personas que dan a luz y los profesionales de la salud) y la vergüenza (incluida la dependencia de narrativas patriarcales que inducen a la vergüenza sobre las “buenas mujeres” y las “buenas madres” intrínsecamente abnegadas) (Chadwick, 2020; Cohen Shabot y Korem, 2018; Herring, 2020, p. 81).

Tampoco existe una causa única de la violencia obstétrica, por lo que no hay consenso sobre las soluciones necesarias para la crisis. Por un lado, muchos sugieren que la violencia obstétrica es similar a otras experiencias perjudiciales de los pacientes en centros de salud con pocos recursos y sobrecargados, y que, por lo tanto, puede abordarse mediante el aumento de los recursos y la mejora de la gestión de los centros (el argumento de la “calidad de la atención” o “gestional”). Este argumento cuenta con un apoyo considerable. Como señala D’Gregorio en relación con el contexto venezolano, la atención obstétrica óptima es “difícil de lograr en hospitales públicos superpoblados que tienen una gran población de pacientes a atender, un número insuficiente de personal sanitario, escasos suministros y una infraestructura inadecuada” (D’Gregorio, 2010). En los centros de salud pública de Sudáfrica, las enfermeras y las parteras han justificado el abuso institucionalizado de las personas que dan a luz como una

forma de “disciplina” necesaria para mantener el orden en las condiciones caóticas y “belicosas” de las salas de parto con escasos recursos (Jewkes *et al.*, 1998). Esto se analiza con más detalle en la sección 2.2.

Por otro lado, muchos activistas y académicos (en particular los que destacan la “violencia” de la violencia obstétrica) hacen hincapié en que la violencia obstétrica es distinta de otras cuestiones relacionadas con la calidad de la atención y la negligencia médica (Castro, 2014). La diferencia radica principalmente en la discriminación que la caracteriza: se trata de un abuso arraigado en narrativas y normas patriarcales y discriminatorias (el “argumento de la violencia contra las mujeres”) (Acevedo Guerrero y Orrego-Hoyos, 2024; Herring, 2020). Las académicas feministas señalan las importantes similitudes entre las experiencias de violencia obstétrica y otras formas de violencia de género. Por ejemplo, al igual que la violencia doméstica, la violencia obstétrica suele implicar un abuso de confianza y poder en un contexto profundamente íntimo y personalmente significativo (Herring, 2020). Además, las mujeres que han denunciado violencia obstétrica han señalado similitudes con experiencias previas de violencia sexual: sentirse objetivadas y sin control sobre partes íntimas de su cuerpo (Herring, 2020). Y, al igual que en muchas otras experiencias de violencia de género, a las mujeres se les suele descreer (tanto durante el parto como después) y se les dice que no confíen en sí mismas (Chadwick, 2020; Cohen Shabot, 2020). Además, aunque muchos autores de violencia obstétrica son mujeres, la institución médica en la que se forman y socializan está históricamente dominada por médicos varones. De hecho, las profesiones dirigidas por mujeres y centradas en el cuidado, como la partería, han sido históricamente menospreciadas y devaluadas (Botes, 2022; Zacher Dixon, 2015), o han quedado subsumidas en una cultura médica marcada por “la estandarización, el control y la aversión extrema al riesgo” (Downe y Stone, 2019, p. 287) y por jerarquías y disciplinas estrictas (Castro, 2014). La violencia obstétrica refleja así “la devaluación social generalizada de las mujeres y las niñas y la normalización de la violencia contra ellas” (Chadwick, 2016, p. 423).

Un enfoque interseccional de la discriminación revela otras prácticas discriminatorias en el núcleo de la violencia obstétrica. Las mujeres con identidades

marginadas que se cruzan, como las mujeres negras, refugiadas, adolescentes, seropositivas (en Sudáfrica) e indígenas (en México), son más propensas que otras personas que dan a luz a sufrir violencia obstétrica (Pickles, 2015; Serván-Mori *et al.*, 2025). Esto se analiza con más detalle en la sección 2.2.

En resumen, aunque los recursos y la gestión de las instalaciones desempeñan un papel importante en la facilitación de la violencia obstétrica, se trata de algo más que una cuestión de “calidad de la atención”. Por lo tanto, para abordar la violencia obstétrica institucionalizada se requiere tanto (1) recursos y soluciones de gestión, como (2) intentos de abordar la discriminación y la desvalorización subyacentes de las personas de determinados grupos.

Por último, cabe señalar brevemente que la falta de consenso sobre la naturaleza y las causas de la violencia obstétrica también se manifiesta en la denominación del fenómeno, especialmente en aquellas partes del mundo en las que la concepción “común” de la “violencia” por parte del público y del derecho es muy restrictiva y se refiere únicamente al abuso físico intencionado (Pickles, 2024). Dado que quienes adoptan el término “violencia obstétrica” emplean una concepción mucho más amplia de la violencia (que incluye la violencia física, emocional, relacional, estructural y epistémica, causada por acciones, omisiones, estructuras institucionales y normas culturales), han abundado los malentendidos sobre el significado de “violencia obstétrica” (y, por lo tanto, sobre a quién culpar y cómo responder) (Pickles, 2023). En particular, los profesionales de la salud, basándose en concepciones cotidianas limitadas de la violencia, se han sentido injustamente culpados y alienados del movimiento contra la violencia obstétrica (Kukura, 2018). Algunos sostienen que los malentendidos y la alienación generados por el término pueden indicar la necesidad de una terminología alternativa (Bohren *et al.*, 2015; Lappeman y Swartz, 2021). Otros sostienen que el marco de la “violencia” cumple funciones importantes, ya que pone de relieve la gravedad de un fenómeno que antes no se reconocía, lo sitúa en el contexto de la violencia de género relacionada y permite a las mujeres nombrar sus propias experiencias (Chadwick, 2017; Herring, 2020; Pickles, 2023). La sección 4.1, este artículo analizará algunos factores contextuales que pueden haber contribuido a que la terminología “violencia obstétrica” haya sido adop-

tada más fácilmente por activistas, legisladores y tribunales en América Latina —donde se originó el término— que en otras partes del mundo.

2.2 La violencia obstétrica en Sudáfrica y México

Existen pruebas sustanciales de que la violencia obstétrica es “generalizada, omnipresente, habitual [y] endémica” tanto en México como en Sudáfrica, y se manifiesta de muchas formas similares (Smith-Oka *et al.*, 2022, p. 2716). Según una encuesta nacional realizada en México en 2021, el 31.4% de las mujeres que habían dado a luz en los últimos cinco años habían denunciado experiencias de violencia obstétrica (INEGI, 2021). Los incidentes más comunes denunciados incluían la anticoncepción y la esterilización forzadas; gritos y regaños; y ser ignoradas cuando hacían preguntas sobre el parto o el bebé.⁹ Sin embargo, como pone de relieve el análisis de los casos que se presenta a continuación, la violencia obstétrica se manifiesta de múltiples formas.

En los hospitales públicos de Sudáfrica, la violencia obstétrica se ha descrito como “ritualizada, sancionada, normalizada e institucionalizada” (Kruger y Schoombee, 2010, p. 86; Pickles, 2015, p. 9). Las formas más comunes de violencia obstétrica incluyen el abuso físico (como abofetear, pellizcar, golpear con instrumentos es o negar analgésicos); procedimientos realizados sin consentimiento (incluido el “consentimiento” coaccionado); abuso verbal (incluidos insultos y reprimendas); y negligencia (especialmente hacia las mujeres de grupos marginados) (Pickles, 2015). Debido a la prevalencia del VIH/SIDA y a la estigmatización que rodea a la enfermedad en Sudáfrica, otras formas generalizadas de violencia obstétrica incluyen la denegación de atención a las personas seropositivas que dan a luz; las pruebas obligatorias del VIH; y la esterilización forzada de las mujeres seropositivas (Rucell y otros, 2019).

⁹ Estos fueron experimentados por el 9.7%, el 11% y el 9% de las personas que dieron a luz, respectivamente.

Existen diversas similitudes en el contexto, la naturaleza y las causas subyacentes de la violencia obstétrica en México y Sudáfrica. Por ejemplo, en ambos países, las estrategias adoptadas a principios del milenio para fomentar un uso más generalizado de la atención institucional durante el parto han tenido éxito, hasta el punto de que casi todas las mujeres dan a luz en centros médicos. Sin embargo, esto no ha mejorado necesariamente la calidad de la atención ni los resultados. De hecho, la mortalidad materna no parece haber disminuido en ninguno de los dos países, a pesar del aumento sustancial de la asistencia médica durante el parto (Pickles, 2015; Sesia, 2020; *Dejen de poner excusas*, 2011). Además, aunque la violencia obstétrica se da en los hospitales privados de ambos países (Chadwick, 2016; INEGI, 2021), parece ser mucho más frecuente y manifiesta en los centros públicos.¹⁰ Ambos países también destinan una gran parte del gasto público a la sanidad pública, pero siguen teniendo importantes limitaciones de recursos en sus sistemas de salud (Julio y Octavio, 2013; Liebenberg, 2021). Como resultado, las maternidades públicas de ambos países carecen de personal y recursos suficientes y están sobrecargadas. Smith-Oka y otros explican:

México, al igual que Sudáfrica, es un país marcado por profundas divisiones étnicas y de clase que agravan los efectos de la desigualdad de género. Su gasto en salud ha disminuido de manera constante durante la última década,... lo que ha dado lugar a un sistema médico público en dificultades que sigue estando muy infrafinanciado, con hospitales públicos superpoblados e instalaciones deficientes que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones ya marginadas... (Smith-Oka *et al.*, 2022, pp. 2705-6).

¹⁰ “De las mujeres que sufrieron abusos en la atención obstétrica durante su último parto o cesárea entre 2016 y 2021, las principales instituciones donde recibieron atención son: un hospital o clínica del IMSS (40.4 %) y un centro de salud (37.7 %), mientras que el porcentaje más bajo de estas mujeres recibió atención en un hospital o clínica privada (15.4 %) y en su domicilio o con una partera o curandera (2.5 %)” (INEGI, 2021). En Sudáfrica, los abusos físicos institucionalizados, la denegación de analgésicos y las esterilizaciones forzadas se denuncian casi exclusivamente en centros públicos. Por el contrario, la violencia obstétrica en los centros privados (al igual que en los centros privados de otras partes del mundo) tiende a manifestarse de forma más encubierta, incluyendo el consentimiento coaccionado a procedimientos médicos indicados por el temor de los profesionales médicos a litigios y otras cuestiones prácticas, en lugar de estar clínicamente indicados (Chadwick, 2016; Elaraby *et al.*, 2023; Pickles, 2020a).

Sin embargo, como se argumentó en la sección 2.1, la violencia obstétrica no surge simplemente como una respuesta natural a una mala gestión y a la insuficiencia de recursos. Implica diversas prácticas culturalmente normalizadas que surgen de la formación (explícita o implícita) y la socialización de los profesionales de la salud. Como sostiene Sadler, muchos “profesionales de la salud se socializan dentro de la violencia y, por lo tanto, se ven impulsados a ejercerla” (Sadler *et al.*, 2016, p. 51). En Sudáfrica, el maltrato (incluido el maltrato físico, los gritos y la imposición de la autoridad mediante insultos y humillaciones) se enseña a menudo de forma explícita: enfermeras y comadronas han denunciado que sus superiores les han indicado que el maltrato es un medio necesario para garantizar el cumplimiento de sus instrucciones (Pickles, 2015). Como argumentan Jewkes y otros, la exigencia de cumplimiento se justifica en parte por la referencia a un “niño sano” y en parte por la jerarquía hospitalaria. Mientras que las enfermeras y las comadronas (que son responsables de la mayoría de los partos en Sudáfrica) (Downe y Stone, 2019) son generalmente menospreciadas y desempoderadas en relación con otros profesionales de la salud, tienen mucho poder sobre las personas que dan a luz, de las que se espera que sean dóciles y obedientes (Jewkes *et al.*, 1998; Kruger y Schoombee, 2010). De manera similar, Castro sostiene que los profesionales de la salud mexicanos se socializan y se forman dentro de un “habitus médico” marcado por jerarquías rígidas (acompañadas de falta de respeto hacia quienes se encuentran en los niveles inferiores de la jerarquía, incluidos los pacientes) y una cultura disciplinaria, que normaliza una “inclinación hacia el autoritarismo” (Castro, 2014).

El contexto cultural de la violencia obstétrica en ambos países también incluye normas y prácticas discriminatorias más amplias, que se reflejan en la sala de partos. El abuso y la desvalorización normalizados de las mujeres en ambos países se ponen de manifiesto en las elevadas tasas de todas las formas de violencia contra las mujeres:

Al igual que en Sudáfrica, la violencia obstétrica en México debe enmarcarse en [su] contexto más amplio de violencia de género. Tiene una de las tasas más altas de acoso

de género, violencia de pareja, desapariciones y feminicidios del mundo (Smith-Oka *et al.*, 2022, pp. 2705-6).

Otras actitudes discriminatorias se expresan de manera similar en las salas de maternidad. En ambos países, las mujeres pertenecientes a otros grupos marginados corren un mayor riesgo de sufrir abusos durante el parto. Como se ha indicado anteriormente, en Sudáfrica, la probabilidad y la gravedad de los abusos en las clínicas de maternidad públicas son, según los informes, mayores para las personas que dan a luz y pertenecen a otros grupos marginados (Pickles, 2015, pp. 9-10; Rucell y otros, 2019). Es probable que la naturaleza del abuso también difiera. Por ejemplo, las mujeres muy jóvenes son especialmente propensas a sufrir reprimendas públicas por su comportamiento “desviado”; las personas seropositivas son especialmente propensas a ser evitadas intencionalmente (y, por lo tanto, a sufrir negligencia) o a que se divulgue sin su consentimiento información médica confidencial (como su estado serológico); y es probable que se deniegue por completo el tratamiento a las personas no nacionales (Kruger y Schoombee, 2010; Pickles, 2015, pp. 9-10; *Stop making excuses*, 2011). La violencia obstétrica en México refleja de manera similar patrones discriminatorios más amplios. Por ejemplo, los grupos con mayor riesgo de sufrir violencia obstétrica son las mujeres jóvenes y las mujeres con discapacidad (Grupo de Información en Reproducción Elegida, s.f.). Además, se ha denunciado una discriminación étnica y racial generalizada en las salas de parto, lo que hace que las mujeres indígenas sean especialmente vulnerables a los abusos (incluida la esterilización forzada) (Serván-Mori *et al.*, 2025).

Si bien las similitudes entre la violencia obstétrica en México y Sudáfrica son significativas, hay una diferencia que vale la pena destacar: la centralidad de las parteras en las salas de parto públicas de Sudáfrica, en comparación con la centralidad de los médicos en las salas de parto mexicanas. Como se ha comentado en la sección (a) anterior, la profesión de comadrona, ejercida mayoritariamente por mujeres, está históricamente asociada al cuidado de las personas que dan a luz, por lo que muchos investigadores destacan la necesidad de contar con más salas de parto dirigidas por comadronas en México (Laako, 2017; Zacher Dixon, 2015). Sin embargo, la omnipresencia de la violencia obstétrica

cometida por las parteras en Sudáfrica (Rucell, 2020) debería servir para recordar que cualquier profesional de la salud (incluidas las parteras) (1) formado y socializado en sistemas hospitalarios y culturas médicas marcadas por nociones de superioridad, control, falta de respeto y abuso; y (2) socializado en culturas en las que la discriminación y la violencia están normalizadas, puede tender a reflejar esa cultura en su trato a las personas que dan a luz (Castro, 2014; Sadler *et al.*, 2016). Por lo tanto, si bien la defensa y la expansión de la partería (incluido el papel de las parteras tradicionales) *dentro de* las instituciones de salud pueden mejorar las experiencias de parto de muchas personas mexicanas, esa expansión debe ir acompañada de cambios culturales e institucionales más profundos.

2.3 La legislación sobre derechos humanos en Sudáfrica y México

Tanto México como Sudáfrica son democracias constitucionales,¹¹ con disposiciones de derechos humanos exigibles que ocupan un lugar central en las constituciones de ambos Estados.¹² Las leyes o actos que son incompatibles con la Constitución suprema de cada país son inválidos.¹³ Es significativo que las constituciones de ambos países protejan una serie de derechos sociales y económicos justiciables, incluidos los derechos a la salud.¹⁴ Además, ambas jurisdicciones cuentan con tribunales superiores relativamente progresistas, cuyas sentencias son vinculantes para los tribunales inferiores.¹⁵

En Sudáfrica, el artículo 27(1)(a) de la Constitución protege el “derecho a tener acceso a los servicios de atención sanitaria, incluida la atención sanitaria reproductiva”. Es importante destacar que, a diferencia de la mayoría de los demás derechos recogidos en la Carta de Derechos, las obligaciones del Estado en

¹¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Constitución mexicana); Constitución de la República de Sudáfrica, 1996 (Constitución sudafricana).

¹² Artículo 1 de la Constitución mexicana; sección 1(c) de la Constitución sudafricana.

¹³ Artículo 133 de la Constitución mexicana; sección 172 de la Constitución sudafricana.

¹⁴ Artículo 4 de la Constitución mexicana; sección 27(1)(a) de la Constitución sudafricana.

¹⁵ Artículo 94 de la Constitución mexicana; sección 167(3) de la Constitución sudafricana. Véase también *Camps Bay Ratepayers' and Resident Association and Another v Harrison and Another* 2011 (4) SA 42 (CC) [28].

virtud de este derecho se limitan a adoptar “medidas legislativas y de otro tipo razonables, dentro de los recursos disponibles, para lograr la realización progresiva de cada uno de estos derechos” (la cláusula de “realización progresiva”). Argumentando que un derecho no puede ser más amplio que las obligaciones que impone, el Tribunal Constitucional de Sudáfrica (SACC) ha determinado que el contenido del derecho al acceso a la atención sanitaria no implica más que el derecho a que el Estado adopte medidas “razonables” para su cumplimiento.¹⁶ Por lo tanto, la jurisprudencia del SACC sobre este derecho presta poca atención al contenido o los ideales expresados por el derecho, centrándose en cambio en la “razonabilidad” de las medidas estatales.¹⁷ Este enfoque es criticado por diversos comentaristas académicos, que sostienen que, para determinar si las medidas son “razonables” para la “realización progresiva” del derecho, es necesario atribuir a dicho derecho un contenido normativo independiente. En otras palabras, ¿qué se está realizando progresivamente? Hay que definir los “objetivos”, por lejanos que sean (Bilchitz, 2018a; Fredman, 2018, p. 245). La jurisprudencia de la SCJN es interesante a este respecto: ¿qué contenido ha atribuido la SCJN a los derechos de salud en el contexto del parto? Es importante comprender el ideal u objetivos del derecho, a fin de evaluar en qué medida las medidas estatales promueven esos objetivos.

En México, la protección constitucional de la salud está establecida en el artículo 4 de la Constitución mexicana:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades de *acceso a los servicios de salud*... La ley definirá un sistema de salud para el bienestar, a fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuentan con seguridad social.¹⁸

¹⁶ *Minister of Health v Treatment Action Campaign* (No. 2) 2002 (5) SA 721 (CC) [39].

¹⁷ *Ibid.*, véase también *Soobramoney v Minister of Health (Kwazulu-Natal)* 1998 (1) SA 765 (CC) [15]; *Khosa v Minister of Social Development*; *Mahlaule v Minister of Social Development* 2004 (6) SA 505 (CC) [43].

¹⁸ Énfasis añadido.

Aunque el texto de las disposiciones sudafricanas y mexicanas mencionadas difiere, ambas comparten similitudes importantes. En primer lugar, ambas protegen el acceso a los servicios de atención sanitaria (aunque el derecho general mexicano a la “protección de la salud” es posiblemente más amplio que su posterior referencia a los “servicios de salud”). En segundo lugar, ambos deben cumplirse progresivamente.¹⁹ No obstante, a diferencia de la SACC, la SCJN se ha comprometido sustancialmente con el contenido normativo de los ideales expresados por el derecho, pero menos con las limitaciones que recoge la noción de realización progresiva.²⁰

Existen otras similitudes importantes entre los derechos humanos consagrados en las constituciones mexicana y sudafricana, y la forma en que son interpretados y aplicados por la SCJN y el SACC. En ambas jurisdicciones, se aplica una prueba de proporcionalidad para determinar si la limitación de los derechos es justificable. En Sudáfrica, esta prueba está establecida en el propio texto constitucional.²¹ En México, la prueba se ha desarrollado en la jurisprudencia.²² Sin embargo, los tribunales de ambas jurisdicciones deben considerar la naturaleza y la finalidad tanto del derecho como de su limitación, y si existen medios menos restrictivos para alcanzar la finalidad de la limitación.²³

¹⁹ El artículo 1 de la Constitución mexicana establece que todos los derechos humanos están sujetos al principio de progresividad. Véase también el artículo 27(2) de la Constitución sudafricana.

²⁰ Véase la sección 5.3 más adelante.

²¹ El artículo 36(1) de la Constitución sudafricana establece lo siguiente:

Los derechos reconocidos en la Carta de Derechos solo podrán ser restringidos en virtud de leyes de aplicación general, en la medida en que la restricción sea razonable y justificable en una sociedad abierta y democrática basada en la dignidad humana, la igualdad y la libertad, teniendo en cuenta todos los factores pertinentes, incluidos:

- a) la naturaleza del derecho;
- b) la importancia del objetivo de la limitación;
- c) la naturaleza y el alcance de la limitación;
- d) la relación entre la limitación y su finalidad; y
- e) los medios menos restrictivos para alcanzar el propósito.

²² Sentencia recaída al Amparo en Revisión 163/2018, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, 31 de octubre de 2018.

²³ La prueba de proporcionalidad estableció que los derechos pueden ser limitados si se cumplen cuatro requisitos: finalidad adecuada de la limitación, idoneidad (similar a una prueba de racionalidad), necesidad (similar a la prueba de “medios menos restrictivos” de Sudáfrica) y equilibrio (que sopesa la importancia relativa del derecho y la intromisión en el mismo).

Otra similitud entre las jurisdicciones radica en su enfoque de la interpretación de los derechos humanos como principios interdependientes. Desde la reforma constitucional de los derechos humanos de 2011, el artículo 1 de la Constitución mexicana establece que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad”. Además, la disposición establece que los derechos humanos deben interpretarse “de conformidad con esta Constitución y los tratados internacionales pertinentes, favoreciendo siempre la protección más amplia para todas las personas”. Este último principio se conoce como el principio “pro persona” (Secretaría de Gobernación, 2016).

El artículo 1 de la Constitución mexicana establece varios principios interpretativos que también constituyen principios de interpretación de los derechos en la Carta de Derechos de Sudáfrica. En primer lugar, el SACC ha hecho hincapié en que los derechos recogidos en la Carta de Derechos son interdependientes y, por lo tanto, deben interpretarse “armoniosamente”.²⁴ Por lo tanto, el contenido de un derecho no puede entenderse de forma aislada de todos los demás derechos de la Carta de Derechos.²⁵ En segundo lugar, en consonancia con el principio pro persona mexicano, los derechos de la Carta de Derechos de Sudáfrica deben interpretarse de la manera más “amplia” y “generosa” posible,²⁶ especialmente cuando una interpretación más amplia confiere mayores beneficios a los titulares de los derechos (Currie y De Waal, 2013, p. 139).²⁷ Es significativo que el enfoque amplio y contextual de la interpretación de los derechos en ambas jurisdicciones haya dado lugar a la adopción de concepciones sustantivas de la igualdad en ambas jurisdicciones.²⁸ Esto se analiza con más detalle en la sección 5.2 más adelante. En tercer lugar, al igual que en México,

²⁴ *Doctors for Life International contra presidente de la Asamblea Nacional* 2006 (6) SA 416 (CC) [48].

²⁵ *Movimiento Nueva Nación NPC contra el presidente de la República de Sudáfrica* 2020 (6) SA 257 (CC) [18].

²⁶ *S contra Zuma* 1995 (2) SA 642 (CC).

²⁷ *S contra Mhlungu* 1995 (3) SA 391 (CC) [9].

²⁸ Sentencia recaída en la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: ministro Luis María Aguilar Morales, 7 de septiembre de 2021 (p. 36); *presidente de la República de Sudáfrica contra Hugo* (1997 (4) SA 1 (CC) [41].

los tribunales sudafricanos “deben” tener en cuenta el derecho internacional al interpretar los derechos humanos constitucionales.²⁹

Otra similitud entre la jurisdicción en materia de derechos humanos en México y Sudáfrica se refiere a las reparaciones. Tanto el SACC como la SCJN tienen una considerable flexibilidad para elaborar reparaciones por violaciones de derechos protegidos constitucionalmente.³⁰ Sin embargo, ambos tribunales han desarrollado principios generales en materia de reparaciones. La SACC ha explicado que el requisito constitucional de que las reparaciones por violaciones de los derechos humanos sean “apropiadas”³¹ significa que la reparación debe (1) ser “eficaz” para abordar la violación específica en cuestión, (2) “reivindicar” el derecho y (3) disuadir de futuras violaciones.³² Como explica el juez Didcott en *Fose*, la violación de un derecho constitucional no solo perjudica a la víctima concreta, sino a la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, las reparaciones deben defender contra futuras vulneraciones del derecho.³³ Los tribunales sudafricanos están obligados a “elaborar reparaciones innovadoras, si es necesario, para alcanzar este objetivo”.³⁴

En la Corte IDH, el requisito de que las reparaciones por violaciones de los derechos humanos deben reivindicar el derecho y disuadir de futuras violaciones se resume en el principio de “no repetición”.³⁵ La Corte IDH ha declarado que, cuando se han violado los derechos humanos, los Estados están obligados a “adoptar medidas afirmativas para garantizar que no se produzcan en el futuro

²⁹ Artículo 39(1)(b) de la Constitución sudafricana.

³⁰ Véase *Fose contra ministro de Seguridad y Protección* 1997 (3) SA 786 (CC) [69]; artículo 1 de la Constitución mexicana; artículo 77 de la Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2025). Disponible en: «https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/conoce_la_corte/marco_normativo/documento/pdf/2025-04/Ley-de-Amparo-Reglamentaria-Arts-103-y-107-Const-DOF-13032025.pdf». [Consultado el 14 de agosto de 2025].

³¹ Artículo 38 de la Constitución sudafricana.

³² *Fose*, *ibid.*, [69]-[71].

³³ *Fose*, *ibid.*, [82].

³⁴ *Fose*, *ibid.* [69].

³⁵ Artículo 63(1) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969). Disponible en: «<https://www.oas.org/en/instruments-inter-american-human-rights-system>». [Consultado el 14 de agosto de 2025].

hechos [similares] lesivos...”³⁶ Las reparaciones por violaciones de los derechos humanos deben tener, por lo tanto, un alcance tanto individual como “comunitario ampliado” (Cornejo Chávez, 2017, p. 389). Como se analiza en las secciones siguientes, este principio es frecuentemente empleado por la SCJN para otorgar reparaciones estructurales por violaciones de los derechos humanos en México.

Antes de concluir la presente sección, cabe señalar brevemente una diferencia relevante entre las jurisdicciones. Desde la reforma de derechos humanos de 2011, el artículo 1 de la Constitución mexicana parece incorporar todos los derechos humanos en “los tratados internacionales en los que el Estado mexicano es parte”, situando así el derecho internacional en una posición casi equiparada³⁷ a los derechos expresados en la propia Constitución mexicana. En consecuencia, la referencia de la SCJN a los derechos de salud se basa “de manera intercambiable” en los derechos consagrados en la Constitución mexicana y en el derecho internacional (Espejo-Yaksic, 2021, p. 265). Por el contrario, el derecho internacional ha sido considerado por la SACC principalmente en el contexto de la interpretación de los derechos constitucionales,³⁸ y las interpretaciones de las disposiciones internacionales de derechos humanos por parte de los organismos internacionales pertinentes no son necesariamente adoptadas por la SACC. Por ejemplo, mientras que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha emitido una observación general en la que afirma que los derechos sociales y económicos tienen un “nivel mínimo esencial” que debe cumplirse y puede hacerse valer de forma inmediata (el ‘núcleo mínimo’ de derechos), el SACC ha rechazado la idea de que dicho núcleo mínimo pueda ser definido por los tribunales y

³⁶ Corte IDH, Caso *La Cantuta Vs. Perú*. ‘Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de noviembre de 2006’, Serie C No. 162. Disponible en: «http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_162_esp.pdf». [Consultado el 14 de agosto de 2025].

³⁷ Espejo-Yaksic explica que la SCJN ‘ha determinado que los tratados internacionales forman parte de la Ley Suprema de la Unión, pero jerárquicamente se sitúan por debajo de la Constitución y por encima de las leyes generales, federales y locales (Espejo-Yaksic, 2021, p. 263). Véase también Sentencia recaída al Amparo en Revisión 120/2002, Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Sergio Salvador Aguirre Anguiano, 13 de febrero de 2007 (p. 6).

³⁸ El artículo 39(1)(b) de la Constitución sudafricana establece que los tribunales deben tener en cuenta el derecho internacional al interpretar los derechos recogidos en la Carta de Derechos.

exigido al Estado en virtud de los derechos sociales y económicos constitucionales de Sudáfrica.³⁹ No obstante, dado que Sudáfrica también ha ratificado los tratados en los que se basan las sentencias de la SCJN que se mencionan a continuación,⁴⁰ estos deben, como mínimo, servir de base para la interpretación de los derechos recogidos en la Carta de Derechos de Sudáfrica.⁴¹ Por lo tanto, las referencias al derecho internacional de los derechos humanos también son pertinentes para los abogados sudafricanos especializados en derechos humanos comparados.

En resumen, existen similitudes significativas entre la protección constitucional de los derechos humanos en Sudáfrica y México. Ambas jurisdicciones cuentan con constituciones supremas que incluyen una serie de derechos humanos, entre ellos el derecho al acceso a los servicios de salud. Los derechos protegidos constitucionalmente en ambas jurisdicciones se interpretan de manera amplia, generosa y contextual, con referencia tanto a otros derechos humanos constitucionales como al derecho internacional de los derechos humanos. Los derechos humanos pueden verse limitados en ambas jurisdicciones, siempre que se cumplan determinadas condiciones, entre ellas la proporcionalidad de la limitación con respecto al objetivo que persigue. Además, tanto los tribunales sudafricanos como los mexicanos que examinan las reparaciones por violaciones de los derechos humanos están obligados a conceder reparaciones que aborden la violación específica (reparaciones “retrospectivas”) y prevengan o disuadan de futuras violaciones (reparaciones “prospectivas” o reparaciones destinadas a evitar la repetición). Estas similitudes deberían animar aún más a los abogados y activistas sudafricanos a examinar las respuestas jurídicas mexicanas a la violencia obstétrica, en particular en el ámbito de los derechos humanos, cuando consideren las respuestas jurídicas sudafricanas a este fenómeno.

³⁹ *Gobierno de la República de Sudáfrica contra Grootboom* 2001 (1) SA 46 (CC) [33].

⁴⁰ Por ejemplo, Sudáfrica ratificó el PIDESC en 2015 y la CEDAW en 1995.

⁴¹ Véase el artículo 39(1)(b) de la Constitución sudafricana.

3. Resumen de las respuestas jurídicas mexicanas a la violencia obstétrica

Los legisladores y activistas mexicanos han empleado una serie de mecanismos jurídicos para abordar la violencia obstétrica.

En primer lugar, en el momento de redactar este informe, la violencia obstétrica ha sido tipificada como delito en siete estados mexicanos (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2025): Aguascalientes,⁴² el Estado de México,⁴³ Guerrero,⁴⁴ Veracruz,⁴⁵ Chiapas,⁴⁶ Yucatán,⁴⁷ y Quintana Roo.⁴⁸ Varios de estos estados utilizan la misma definición de violencia obstétrica:

La violencia obstétrica es cometida por el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas cuando causan daño o humillan a las mujeres durante el embarazo, el parto, el posparto o en una emergencia obstétrica, violando sus derechos mediante un trato cruel, inhumano o degradante.⁴⁹

A partir de estas definiciones, se esbozan diversas tipologías, entre las que se incluyen la falta de atención oportuna y eficaz; la alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo sin el consentimiento adecuado; la realización de una cesárea sin necesidad médica o sin el consentimiento adecuado; la coacción mediante acoso o presión psicológica; la denegación a la madre de la oportunidad de sostener o amamantar a su hijo inmediatamente después del nacimiento sin necesidad médica; y la imposición a la mujer de dar a luz en posición supina cuando existen medios para un parto vertical.⁵⁰

⁴² Artículos 157-8 del Código Penal del Estado de Aguascalientes. Cabe señalar que este es el único estado en el que la conducta tipificada como delito no se denomina “violencia obstétrica”.

⁴³ Artículos 276-7 del Código Penal del Estado de México.

⁴⁴ Artículo 202-3 del Código Penal del Estado Libre y Soberano de Guerrero.

⁴⁵ Artículos 363, 369 y 370 del Código Penal del Estado Libre y Soberano de Veracruz.

⁴⁶ Artículo 183 del Código Penal del Estado de Chiapas.

⁴⁷ Artículo 243 del Código Penal del Estado de Yucatán.

⁴⁸ Artículo 112 Bis del Código Penal del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo.

⁴⁹ Véase el artículo 276 del Código Penal del Estado de México. Véanse también los códigos penales de Yucatán y Aguascalientes.

⁵⁰ Véase, entre otros, el artículo 276 del Código Penal del Estado de México. Véanse también los códigos penales de Yucatán y Quintana Roo.

Este enfoque definitorio no ha sido utilizado por todos los estados mexicanos que tipifican el fenómeno. Por ejemplo, el Código Penal del Estado de Chiapas ha tomado prestado el lenguaje utilizado en la definición del derecho penal venezolano:

Comete el delito de violencia obstétrica quien se apropia del cuerpo y los procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizante, abuso en la administración de medicamentos o patologización de procesos naturales, que tiene como resultado la pérdida de autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y su sexualidad.⁵¹

Si bien la inclusión de la violencia obstétrica en los códigos penales de varios estados mexicanos puede constituir una importante victoria simbólica (es decir, reconocen y condenan lo que históricamente ha sido invisible o normalizado), no parece haber tenido ningún impacto ni haber mejorado el trato que los profesionales de la salud brindan a las personas que dan a luz. Hay dos razones principales para afirmar esto. En primer lugar, según la información disponible actualmente en los estados pertinentes, no parece que se esté aplicando el delito de violencia obstétrica. A pesar de que aproximadamente un tercio de las mujeres en México denuncian haber sufrido violencia obstétrica, y a pesar de que el delito de violencia obstétrica figura en los códigos penales de varios estados desde hace entre seis y quince años (de nuevo, en el momento de redactar este informe), solo un estado afirma aplicar el delito de violencia obstétrica: el Estado de México.⁵² No parece que haya habido condenas en ningún otro estado.⁵³

⁵¹ Artículo 183 Ter del Código Penal del Estado de Chiapas. Para un análisis de la definición venezolana, véase Gregorio (2010).

⁵² Esta información fue facilitada al autor por el Poder Judicial en respuesta a una solicitud de acceso a la información.

⁵³ A través de varias solicitudes de acceso a la información presentadas por el autor, las autoridades competentes de los estados de Aguascalientes, Quintana Roo, Yucatán, Chiapas, Veracruz y Guerrero han confirmado que, hasta mayo o junio de 2025, ninguna persona ha sido condenada por el delito de violencia obstétrica. Cabe señalar que, en Aguascalientes, se dictó una orden de enjuiciamiento contra un profesional médico en virtud del artículo 157 del Código Penal pertinente. El artículo 157 incluye, entre otras cosas, la violencia obstétrica. No está claro qué delito del artículo 157 era pertinente para el caso. Además, el delito fue posteriormente reclasificado como delito de 'responsabilidad técnica y profesional' en virtud del artículo 156, en virtud del cual fue condenado el profesional médico. Cabe señalar además que, en junio de 2025, no se había recibido ninguna respuesta pertinente de las autoridades estatales de Jalisco (aunque las autori-

En segundo lugar, se llevó a cabo un estudio cualitativo observacional para comparar el trato dispensado a las personas que dan a luz en dos estados mexicanos vecinos, Chiapas y Oaxaca. La violencia obstétrica está tipificada como delito en Chiapas, pero no en Oaxaca. Los investigadores concluyeron “que la diferencia de estatuto jurídico de la violencia obstétrica no ha influido en el reconocimiento o el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres. La tipificación como delito de la violencia obstétrica no ha mejorado la atención prestada por el personal sanitario” (Calvo Aguilar *et al.*, 2020). Por lo tanto, el delito de violencia obstétrica no parece haber tenido ningún efecto disuasorio en Chiapas.

Existe un escepticismo creciente sobre el derecho penal como herramienta para abordar la violencia obstétrica en México. Este escepticismo se refleja en las declaraciones del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). El GIRE es una organización activista sin ánimo de lucro que ha liderado la adopción generalizada del concepto de violencia obstétrica en México, ha llevado a cabo múltiples campañas nacionales e internacionales para abordar la crisis y ha presentado o se ha sumado a varios casos judiciales de gran repercusión nacional e internacional relacionados con la violencia obstétrica. El GIRE se muestra crítico con los intentos de abordar la violencia obstétrica a través del derecho penal, que describe como “una salida fácil sin cambios reales” (Grupo de Información *et al.*, 2015, p. 52). La “salida fácil” se refiere a la afirmación del GIRE de que añadir la violencia obstétrica al código penal permite a los Estados afirmar que han “hecho algo” al respecto sin emprender ninguna reforma estructural real. GIRE sostiene que la violencia obstétrica surge en un contexto social, cultural e institucional específico que es poco probable que se aborde mediante el derecho penal. Las herramientas coercitivas de la criminalización, argumentan, deben ser un último recurso, especialmente cuando existen diversos mecanismos legales y de otro tipo que pueden abordar de manera más eficaz las causas subyacentes (Grupo de Información *et al.*, 2015, p. 53).

dades de Zapopan, Jalisco, confirmaron que no se habían producido enjuiciamientos ni condenas por violencia obstétrica en su jurisdicción).

El enfoque actual de GIRE se centra en las reformas estructurales a través de litigios estratégicos, la publicidad y la incidencia, incluido el diálogo con los profesionales de la salud y las autoridades sanitarias. Este enfoque ha dado lugar a negociaciones y acuerdos notables con las autoridades sanitarias, así como a una amplia atención de los medios de comunicación a los incidentes de violencia obstétrica.⁵⁴ Muchas de las sentencias en las que GIRE ha desempeñado un papel importante, y que se basan en la salud y los derechos humanos relacionados con ella para exigir reformas institucionales (en lugar de basarse en el derecho penal u otros mecanismos legales punitivos), se analizan en las secciones 4.2 y 5.1 a continuación.

Como último punto, cabe señalar que existen otros instrumentos jurídicos para abordar la violencia obstétrica en ambas jurisdicciones. Por ejemplo, al igual que en Sudáfrica,⁵⁵ las personas que han sufrido daños durante el parto en México pueden reclamar una indemnización por daños y perjuicios mediante procedimientos civiles individuales (Pérez Fuentes, 2019). Sin embargo, como subraya GIRE, es necesaria una reforma estructural y deben priorizarse los mecanismos legales que exijan dicha reforma. En este documento se considera que los derechos a la salud (y los derechos relacionados que son necesarios para interpretar los derechos a la salud) pueden ofrecer uno de esos mecanismos legales. Como se analiza en la parte 6, los derechos a la salud no son una solución milagrosa, pero pueden ofrecer un punto de partida útil y servir como una de las diversas respuestas legales y de otro tipo.

⁵⁴ Sesia (2020) analiza algunos de los éxitos más notables del enfoque múltiple de GIRE.

⁵⁵ En esta etapa, el derecho penal (en particular, las denuncias por negligencia médica) es el principal vehículo para responder a la violencia obstétrica en Sudáfrica. Si bien la reparación individual está moral y jurídicamente justificada, la magnitud de las denuncias contra los proveedores de atención médica pública amenaza la viabilidad del sistema de salud pública en su conjunto, por lo que es necesario identificar y aplicar soluciones alternativas (estructurales y con visión de futuro). Véase Comisión de Reforma Legislativa de Sudáfrica, 2017.

4. América Latina en general: violencia obstétrica y derechos a la salud

Aunque este artículo se centra en la jurisprudencia mexicana, resulta útil comprender el enfoque mexicano en su contexto regional más amplio. De hecho, en esta sección se argumenta que el enfoque de la SCJN respecto a la violencia obstétrica comparte similitudes con otros tribunales supremos de América Latina, lo que puede reflejar los principios y actitudes de la Corte IDH.

Si bien la injusticia y los abusos en el contexto del parto han sido objeto de debate feminista en diversas partes del mundo durante muchas décadas (Chadwick, 2024, p. 2), el movimiento contra la ‘violencia obstétrica’ se originó en América Latina (Williams *et al.*, 2018). Arraigado en el movimiento por la humanización del parto, que se centró en la hipermedicalización del parto (y la consiguiente deshumanización de las personas que dan a luz), el movimiento contra la “violencia obstétrica” surgió de la percepción de “una clara y significativa coincidencia entre el parto institucional y la violencia contra las mujeres” (Pickles, 2024, p. 5).

Esta cuarta parte ofrece una breve descripción general del contexto latinoamericano más amplio y las respuestas legales a la violencia obstétrica. Lo hace por tres razones principales. En primer lugar, sugiere que puede existir una cultura entre muchos activistas, legisladores y políticos de América Latina de denominar “violencia” a una gama relativamente amplia de abusos y daños estructurales e individuales. Esta concepción amplia de la violencia se refleja tanto en la legislación como en la jurisprudencia de la región, y puede estar detrás de la adopción relativamente generalizada del término “violencia obstétrica” y la aplicación del marco de la violencia contra las mujeres en América Latina.⁵⁶ Un segundo objetivo de la siguiente descripción general del contexto latinoamericano es sugerir que, en términos generales, han surgido algunos patrones en la jurisprudencia

⁵⁶ Es importante destacar que no ha habido una ausencia total de rechazo. Muchos profesionales médicos, en particular, se han opuesto firmemente al término ‘.

de los tribunales superiores y regionales, entre ellos: 1) la adopción del concepto de violencia obstétrica y una definición relativamente amplia del mismo; 2) una fuerte dependencia de una interpretación sólida de los derechos a la salud; y 3) el uso creativo de recursos tanto individuales como estructurales, destinados tanto a la reparación como a la no repetición. El objetivo final de esta parte es destacar algunas de las similitudes entre las interpretaciones y las respuestas del derecho de los derechos humanos a la violencia obstétrica en México y otras partes de América Latina, y así contextualizar aún más el enfoque mexicano. En la parte 5 se analizará más a fondo el enfoque mexicano.

4.1 Adopción del marco de “violencia” en América Latina

Cabe señalar brevemente algunos factores contextuales que subyacen a la adopción del marco de la violencia, así como algunas consecuencias de dicho marco. Como señala Sadler, la adopción por parte de las feministas latinoamericanas del término “violencia obstétrica” surgió dentro de una tradición de nombrar una amplia gama de violencias contra las mujeres, y en un contexto de agitación política, regímenes militares represivos y violencia institucionalizada (Sadler, 2025, p. 145). Esta tradición y este contexto han reforzado, a su vez, una concepción relativamente amplia de la “violencia” por parte de los legisladores y la ciudadanía. En concreto, parece que el concepto de “violencia” se entiende más fácilmente y de forma más general como algo que incluye tanto la infligir daño de forma intencionada como no intencionada, y tanto las conductas como las estructuras perjudiciales,⁵⁷ incluyendo el capitalismo neoliberal, el racismo y los sistemas patriarcales.⁵⁸ De hecho, como sostienen Pou Giménez *et al.*, “la preocupación por la violencia de género en la región [latinoamericana] se ha extendido de la esfera privada a la pública, y la legislación y la jurisprudencia han respondido a su dimensión estructural” (Pou Giménez *et al.*, 2024, p. 23).

⁵⁷ Pou Giménez *et al.* sostienen que “la preocupación por la violencia de género en la región [latinoamericana] se ha extendido de la esfera privada a la pública, y la legislación y la jurisprudencia han respondido a su dimensión estructural” (Pou Giménez *et al.*, 2024, p. 23).

⁵⁸ Véase Sadler, 2025, p. 146.

La concepción jurídica y pública relativamente amplia de la “violencia” en América Latina se refleja en la variedad de tipos de violencia que se incluyen en la legislación de las jurisdicciones latinoamericanas, muchos de ellos bajo el epígrafe de “violencia institucional”. Por ejemplo, en Perú, la legislación que tipifica como delito la “violencia institucional” tiene por objeto abordar el acceso a la justicia de las mujeres y los niños. Su definición de violencia institucional incluye:

[C]onductas que causan daño a la integridad personal de las mujeres y sus familiares, perpetradas o toleradas por agentes del Estado en el ejercicio de sus funciones mediante tratos humillantes o discriminatorios, solicitudes repetidas e injustificadas de toma de declaración en investigaciones policiales, procesos fiscales y procedimientos judiciales, o que, en este contexto, permitan referirse a la vida sexual o social de la víctima.⁵⁹

De manera similar, la legislación mexicana que prohíbe la violencia contra las mujeres define la violencia institucional para incluir:

Los actos u omisiones de los servidores públicos en cualquier nivel de gobierno que discriminen, utilicen estereotipos de género o tengan por objeto retrasar, obstaculizar o impedir el disfrute y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso a las políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los distintos tipos de violencia.⁶⁰

En estos contextos legislativos, por lo tanto, el concepto de violencia incluye efectivamente la mayoría de las violaciones de los derechos humanos cometidas por agentes o instituciones estatales.

El término “violencia económica” también se emplea con frecuencia (y está prohibido) en la legislación latinoamericana. En el contexto de la violencia doméstica, se refiere generalmente al control de una persona mediante el control de sus ingresos. En el contexto laboral, se refiere generalmente a la remuneración inferior por trabajo igual. En el contexto del derecho de propiedad, puede re-

⁵⁹ Legislación mexicana contra la violencia hacia las mujeres (n. 1).

⁶⁰ Legislación mexicana contra la violencia hacia las mujeres (n. 1).

ferirse a las limitaciones basadas en el género a la posesión o la propiedad, o a la destrucción, retención o uso indebido de los documentos, los bienes o los derechos patrimoniales de la mujer.⁶¹ La violencia económica está definida y prohibida en la legislación de varias jurisdicciones latinoamericanas, entre ellas México,⁶² Argentina⁶³ y Ecuador.⁶⁴

En la legislación latinoamericana y en otros contextos formales se reconocen y prohíben otras formas de violencia. Por ejemplo, Argentina prohíbe la violencia simbólica contra las mujeres: “la producción [...] de mensajes, valores, símbolos, iconos, signos e imposiciones de [...] creencias, [que] transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión, desigualdad y discriminación, naturalizando la subordinación de las mujeres”.⁶⁵ Esta prohibición legislativa reconoce los daños que causan las normas culturales, las creencias y las expresiones discriminatorias como forma de violencia. Además, en la legislación mexicana y brasileña, el abuso sexual basado en imágenes (que incluye la grabación y difusión no consentida de contenido íntimo) se caracteriza como una forma de *violencia* contra las mujeres (en México se denomina “violencia digital”).⁶⁶ La legislación peruana también ha reconocido recientemente que la violencia puede perpetrarse por medios digitales.⁶⁷

⁶¹ Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley 26.C/2009), sancionada el 11 de marzo de 2009, promulgada de hecho el 1 de abril de 2009, Boletín Oficial de la República Argentina (“Legislación argentina sobre la violencia contra las mujeres”).

⁶² Legislación mexicana contra la violencia hacia las mujeres (n. 1).

⁶³ Legislación argentina contra la violencia contra las mujeres (n. 60).

⁶⁴ Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Asamblea Nacional del Ecuador, sancionada el 23 de enero de 2018; publicada en el Registro Oficial Suplemento N. 175 del 5 de febrero de 2018; última reforma en el Tercer Suplemento del Registro Oficial N. 588, del 27 de junio de 2024.

⁶⁵ Legislación argentina contra la violencia contra las mujeres (n. 60).

⁶⁶ Ley núm. 13.772, de 19 de diciembre de 2018, que modifica la Ley núm. 11.340, de 7 de agosto de 2006 (*Ley Maria da Penha*), para tipificar la violencia digital como forma de violencia de género. Diario Oficial de la Unión, 20 de diciembre de 2018. Disponible en: «https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13772.htm». [Consultado el 14 de agosto de 2025].

⁶⁷ Decreto Supremo n. 002-2025-MIMP, que modifica el Reglamento de la Ley n. 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, aprobado por Decreto Supremo n. 009-2016-MIMP. Diario Oficial *El Peruano*, Perú, 4 de abril de 2025. Disponible en: «<https://busquedas.elperuano.pe>». [Consultado el 14 de agosto de 2025].

Estos ejemplos pretenden ilustrar que, en varias jurisdicciones latinoamericanas, el término “violencia” se utiliza con frecuencia en la legislación para referirse a una serie de abusos y daños que van más allá de la definición estricta de violencia (es decir, la perpetración intencionada de daños físicos) que se considera ‘cotidiana’ en otras partes del mundo (Pickles, 2023, p. 14; Organización Mundial de la Salud, 2019). Por ejemplo, el SACC ha sostenido que el derecho constitucional a la libertad frente a la “violencia”⁶⁸ se refiere únicamente a la libertad frente a una “amenaza inmediata para la vida o la seguridad física”.⁶⁹

4.2 *La violencia obstétrica como concepto y violación de los derechos a la salud en América Latina*

A la luz de la variedad de abusos caracterizados como violencia en la legislación latinoamericana, tal vez no sea sorprendente que la terminología de violencia *obstétrica* haya sido ampliamente aceptada (y definida de manera relativamente amplia) por los legisladores y tribunales latinoamericanos. En general, las definiciones jurídicas latinoamericanas de violencia obstétrica incluyen tanto los daños físicos como los psicológicos o emocionales, derivados tanto de factores individuales como estructurales. La primera definición penal de violencia obstétrica fue la de la citada ley venezolana, que define la violencia obstétrica como

la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte de los profesionales de la salud, expresada en un trato deshumanizador y/o en la medicalización y patologización abusivas de procesos naturales, que tienen como resultado la pérdida de autonomía y de la capacidad de decidir libremente sobre su propio cuerpo y su sexualidad, con repercusiones negativas en la calidad de vida de las mujeres.⁷⁰

Entre los ejemplos de violencia obstétrica que recoge la definición venezolana se incluyen las intervenciones médicas que no son estrictamente necesarias y

⁶⁸ Artículo 12(1)(c) de la Constitución de Sudáfrica.

⁶⁹ *Law Society of South Africa and Others v Minister for Transport and Another* 2011 (1) SA 400 (CC) [58].

⁷⁰ Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Ley N. 38.668), República Bolivariana de Venezuela, sancionada el 23 de abril de 2007; Gaceta Oficial Extraordinaria N. 38.668, 23 de abril de 2007. Véase también Williams *et al.*, 2018.

no cuentan con el consentimiento adecuado de las personas que dan a luz, así como la falta de atención oportuna en situaciones de emergencia.

La ley (civil) argentina más reciente incluye el “trato deshumanizante” y la “medicalización abusiva... de los procesos naturales” en su definición de violencia obstétrica, y consagra diversos derechos de las personas que dan a luz durante el parto, entre ellos el derecho a una persona de acompañamiento, y el asesoramiento y el apoyo para la lactancia materna.⁷¹ La violencia obstétrica está prohibida en la legislación de otras jurisdicciones latinoamericanas, como Bolivia,⁷² Panamá⁷³ y Ecuador,⁷⁴ y (como se ha mencionado anteriormente) está tipificada como delito en varios estados mexicanos.⁷⁵

Es significativo que, si bien las definiciones legislativas de la violencia obstétrica se centran principalmente en la conducta interpersonal (es decir, la conducta de los profesionales de la salud hacia las personas que dan a luz), por lo general incluyen daños físicos y psicológicos/emocionales, y no requieren que el daño sea infligido intencionalmente. Por lo tanto, los conceptos de violencia en estas leyes se extienden significativamente más allá de la infligir intencionadamente daño físico. Quizás por ello, hasta ahora la violencia obstétrica solo ha sido expresamente prohibida por ley en las jurisdicciones latinoamericanas.

En consonancia con la amplia adopción de la terminología de la violencia obstétrica en América Latina y las prohibiciones legislativas de este fenómeno, varios tribunales supremos y regionales latinoamericanos han reconocido el fenómeno como una forma de violencia. Podría decirse que lo más significativo es el reconocimiento por parte de la Corte IDH de la violencia obstétrica como

⁷¹ Legislación argentina contra la violencia hacia las mujeres (n. 60).

⁷² Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia (Ley 348, Estado Plurinacional de Bolivia, 2013).

⁷³ Ley que tipifica el delito de femicidio y la violencia contra la mujer (Ley 82, Panamá 2013).

⁷⁴ Artículo 11(f) de la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Asamblea Nacional del Ecuador; sancionada el 23 de enero de 2018; publicada en el Registro Oficial Suplemento N. 175, 5 de febrero de 2018; última reforma en el Tercer Suplemento del Registro Oficial N. 588, 27 de junio de 2024.

⁷⁵ Véase la parte 3.

concepto y fenómeno, y como forma de violencia contra las mujeres. Este reconocimiento conceptual no era algo dado por sentado: Ronconi⁷⁶ señala que la Corte IDH no aprovechó varias oportunidades para reconocer el concepto de violencia obstétrica, en casos como *IV c. Bolivia*⁷⁷ (en el que una refugiada fue esterilizada sin su consentimiento) y *Manuela c. El Salvador* (en el que una mujer que sufrió un aborto espontáneo fue condenada por homicidio agravado en virtud de las leyes sobre el aborto de El Salvador).⁷⁸ Sin embargo, en el caso *Brítez Arce* de 2022, la Corte IDH reconoció y conceptualizó la violencia obstétrica con cierta profundidad.⁷⁹ El caso se refería a la muerte de una mujer embarazada de nueve meses debido al tratamiento y diagnóstico negligente de un hospital argentino. La Corte IDH sostuvo que la violencia obstétrica es una forma de violencia de género que “abarca todas las situaciones de trato irrespetuoso, abusivo, negligente o denegación de atención durante el embarazo y el período pregestacional, durante el parto o después de este, en centros de salud públicos o privados”.⁸⁰ Esta forma de violencia, según la Corte, puede incluir la denegación de “información completa sobre el estado de salud [de las personas que dan a luz] y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coercitivas; y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales”.⁸¹

La Corte IDH consideró que la violencia obstétrica en cuestión había violado varios derechos humanos internacionales y regionales, incluidos los derechos

⁷⁶ Liliana Ronconi, “La violencia obstétrica y su reconocimiento por la Corte Interamericana de Derechos Humanos” (Oxford Human Rights Hub, 2 de febrero de 2023). Disponible en: «<https://ohrh.law.ox.ac.uk/obstetric-violence-and-its-recognition-by-the-inter-american-court-of-human-rights/>». [Consultado el 29 de abril de 2025].

⁷⁷ Corte IDH, Caso I.V. vs. Bolivia. “Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016”, Serie C No. 329. Disponible en: «https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf». [Consultado el 14 de agosto de 2025].

⁷⁸ Corte IDH, Caso Manuela y otros vs. El Salvador. “Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021”, Serie C No. 441. Disponible en: «https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf». [Consultado el 14 de agosto de 2025].

⁷⁹ Corte IDH, Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina. “Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022”, Serie C No. 483. Disponible en: «https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_483_esp.pdf». [Consultado el 14 de agosto de 2025].

⁸⁰ *Ibid.* [75].

⁸¹ *Ibid.* [81].

a la salud, a la vida y a la integridad física. Es significativo que, en su análisis del derecho a la salud, hiciera hincapié en la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, de modo que los derechos a la no discriminación, a la vida, a la intimidad y a la libertad y seguridad de la persona (entre otros) determinan el contenido y las obligaciones derivadas del derecho a la salud.⁸² Basándose en esta concepción amplia del derecho a la salud, la Corte IDH sostuvo que “los Estados tienen la obligación de proporcionar servicios de salud adecuados, especializados y diferenciados durante el embarazo, el parto y dentro de un plazo razonable después del parto, para garantizar el derecho a la salud de la madre y prevenir la mortalidad y morbilidad materna”.⁸³ Al tiempo que hizo hincapié en los requisitos de disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad, la Corte IDH destacó la especial relevancia de la accesibilidad a información oportuna sobre el estado de salud de las mujeres y las personas que dan a luz.⁸⁴ Entre otras medidas individuales y estructurales, la Corte IDH ordenó al Gobierno argentino diseñar y poner en marcha una campaña de sensibilización (que se difundirá por radio y televisión y en las maternidades) y concienciar a la población sobre la violencia obstétrica y los derechos de las mujeres y las personas que dan a luz a recibir una atención sanitaria humana e información completa sobre su estado de salud (entre otras cosas).⁸⁵

La Corte IDH reiteró su definición de violencia obstétrica en el caso *Pacheco contra Venezuela* de 2023.⁸⁶ Sostuvo que los Estados están obligados a regular y supervisar la prestación de la atención sanitaria pública y privada en su jurisdicción, y a prevenir la violencia obstétrica y las violaciones del derecho a la salud. Además, sostuvo que los Estados deben “investigar, sancionar y reparar” tales violaciones (Acevedo Guerrero y Orrego-Hoyos, 2024). Estas órdenes tienen una perspectiva tanto prospectiva como retrospectiva: los Estados deben

⁸² *Ibid.* [57].

⁸³ *Ibid.* [68].

⁸⁴ *Ibid.* [73].

⁸⁵ *Ibid.* [119].

⁸⁶ Corte IDH, Caso Rodríguez Pacheco y otra vs. Venezuela. “Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2023”, Serie C No. 504. Disponible en: «https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_504_ing.pdf». [Consultado el 14 de agosto de 2025].

prevenir la violencia obstétrica y abordar las violaciones cometidas en el pasado.

Conclusiones y soluciones similares han surgido de los tribunales superiores de diversas jurisdicciones latinoamericanas. Por ejemplo, la Corte Constitucional del Ecuador (CCE) ha examinado varios casos relacionados con la violencia obstétrica. Como señala Salazar Marín (2024, p. 111), dos de los casos más significativos de violencia obstétrica se resolvieron basándose en particular en el conjunto de derechos constitucionales de salud del Ecuador.⁸⁷ En el primero —que también supuso el primer reconocimiento judicial de la violencia obstétrica en Ecuador (Salazar Marín, 2024, n. 65)—, el CCE sostuvo que la denegación de la atención sanitaria a la demandante durante el parto constituía violencia obstétrica y violaba su derecho a la salud y otros derechos relacionados con la salud.⁸⁸ Al otorgar varias medidas estructurales, la CCE ordenó al Instituto de Seguridad Social del Ecuador elaborar una “guía integral para la atención de las mujeres embarazadas y la prevención de la violencia obstétrica” y preparar un plan para verificar la capacidad de los centros de salud públicos y privados para atender a las personas embarazadas y en proceso de parto.

Dos años más tarde, la CCE reconoció y abordó “la práctica generalizada y sistemática del sistema de salud ecuatoriano de discriminar a los ciudadanos colombianos en la atención médica”.⁸⁹ Esta práctica había dado lugar a la denegación de la atención a una “mujer colombiana solicitante de asilo, embarazada, afrodescendiente y en situación de vulnerabilidad económica” (Salazar Marín, 2024, p. 111), lo que el TCE declaró como violencia obstétrica. El CCE

⁸⁷ Tribunal Constitucional del Ecuador, N. 904-12-JP/20 (13 de diciembre de 2019); N. 983-18-JP/21, párr. 222 (25 de agosto de 2021).

⁸⁸ La CCE sostuvo que “la violencia obstétrica sufrida constituye una violación de su derecho a la salud en relación con otros derechos”. Estos derechos incluían algunos derechos y obligaciones específicos (no fácilmente comparables), entre ellos la obligación del Estado de garantizar las acciones y servicios de salud sexual y reproductiva, y de garantizar la salud y la vida de las mujeres, especialmente durante el embarazo, el parto y el posparto (artículo 363.6 de la Constitución de Ecuador, 2008) y la obligación de dar prioridad a las necesidades de salud de las mujeres embarazadas por encima de las de otros pacientes (artículo 35 de la Constitución de Ecuador, 2008).

⁸⁹ Corte Constitucional del Ecuador, N. 983-18-JP/21 [222] (25 de agosto de 2021).

subrayó así la estrecha relación entre los derechos a la salud y los derechos a la igualdad y a la no discriminación, señalando la “doble vulnerabilidad” que sufren las mujeres refugiadas embarazadas.⁹⁰ Las medidas correctivas del CCE, centradas una vez más en la no repetición, incluían la orden de elaborar un protocolo para la atención sanitaria de las mujeres embarazadas y los recién nacidos, en particular las mujeres refugiadas (Salazar Marín, 2024, p. 112).

La Corte Constitucional de Colombia (CCC) también ha reconocido la violencia obstétrica como una forma de violencia de género. En una sentencia de 2022,⁹¹ adoptó y desglosó el concepto de violencia obstétrica, estableciendo una “tipología de prácticas que constituyen violencia obstétrica”.⁹² Entre ellas se incluyen el abuso (por ejemplo, cirugía forzada, procedimientos médicos no consentidos, violación, restricción física, agresiones verbales y tratos humillantes); la coacción (incluso mediante la intervención judicial o de las autoridades de protección de la infancia, y mediante la denegación de tratamiento, la manipulación de la información y la presión emocional); y la falta de respeto (incluido el hecho de regañar a las mujeres o hacerlas sentir culpables por sus decisiones).

Al año siguiente, el TCC volvió a examinar el concepto de violencia obstétrica, en el contexto del aborto.⁹³ Haciendo hincapié en que la violencia obstétrica puede producirse durante el embarazo (y no solo durante el parto), el TCC sostuvo que diversos abusos cometidos contra la demandante (Sofía) durante su aborto (entre ellos, la solicitud indebida de autorización al padre de Sofía; información inadecuada sobre el procedimiento; amenazas y críticas por parte del personal médico; y retrasos en la administración de medicamentos y la supervisión) constituirían violencia obstétrica (Acevedo Guerrero y Orrego-Hoyos, 2024). Preocupada por la prevención de nuevos casos de violencia obstétrica, la CCC instó a las autoridades a supervisar los servicios de aborto, investigar el caso de Sofía y adoptar medidas para evitar que se repita. Además, ordenó a

⁹⁰ N. 983-18-JP/21 125 (25 de agosto de 2021); (Salazar Marín, 2024, p. 112).

⁹¹ Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia SU048/22* (10 de febrero de 2022).

⁹² *Ibid.* [75].

⁹³ Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia T-576/23* (17 de octubre de 2023).

la clínica “impartir formación a sus médicos y personal sobre las directrices y parámetros de calidad existentes en los servicios de aborto, así como sobre el mantenimiento de la estricta confidencialidad de las pacientes...” (Acevedo Guerrero y Orrego-Hoyos, 2024).

Un último ejemplo de un tribunal supremo latinoamericano que se ha enfrentado a casos de violencia obstétrica es la SCJN de México. La sentencia más significativa de la SCJN sobre violencia obstétrica es la del amparo en revisión 1064/2019 (“caso de Sonia”).⁹⁴ Sonia había ‘consentido’ la esterilización bajo coacción, basándose en información inexacta y manipulación emocional, incluidas amenazas de retirar la atención médica durante una emergencia obstétrica. Si bien reconoció que no existe consenso sobre la definición de violencia obstétrica, la SCJN ofreció la siguiente definición:

El tipo de violencia ejercida por el profesional de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Este tipo de violencia se expresa principalmente, aunque no exclusivamente, en el trato deshumanizado de las mujeres embarazadas, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que son amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, el embarazo, el parto y el posparto.⁹⁵

La SCJN consideró que el consentimiento de Sonia no era válido y que su esterilización forzada constituía (1) violencia obstétrica; (2) una forma de violencia de género; y (3) una forma de tortura.⁹⁶ Otros abusos sufridos por Sonia (entre ellos, el aislamiento de sus familiares durante el parto, la falta de información sobre sus opciones médicas, la humillación, los reproches, la intimidación y las acusaciones de irresponsabilidad) también fueron declarados formas de violencia obstétrica.⁹⁷

⁹⁴ Sentencia recaída al Amparo en Revisión 1064/2019, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministra Norma Lucía Piña Hernández, 26 de mayo de 2021.

⁹⁵ *Ibid.* [162].

⁹⁶ *Ibid.* [163], [252].

⁹⁷ *Ibid.* [303-304].

Al analizar la violencia obstétrica como fenómeno, la SCJN destacó la asimetría de poder (incluido el poder del conocimiento) entre las personas que dan a luz y los profesionales de la salud.⁹⁸ Argumentando que “las acciones sanitarias no son neutrales” porque “en las salas de parto se producen y reproducen relaciones de poder político, económico, cultural y de conocimiento”,⁹⁹ la SCJN destacó que la disparidad de poder se polariza aún más desde una perspectiva de género.¹⁰⁰ La violencia obstétrica implica, por lo tanto, una convergencia de la violencia institucional y la violencia de género: es violencia de género perpetrada por el Estado.¹⁰¹

El caso de Sonia se analizará con más detalle en las secciones siguientes. Lo que cabe destacar en esta etapa es que el enfoque de la SCJN en este caso es en gran medida coherente con el de otros tribunales supremos y regionales de América Latina. En particular, la SCJN parece haber adoptado fácilmente la terminología de violencia obstétrica (es decir, la SCJN no parece “a la defensiva” en cuanto al uso de la terminología); el fenómeno ha sido declarado una forma de violencia institucional contra las mujeres; y se ha propuesto y empleado una definición relativamente amplia. Además, lo que es significativo en este artículo, la SCJN se basó en gran medida en los derechos a la salud, a la protección de la salud y al acceso a los servicios de atención médica (interpretados a través del prisma de otros derechos) para concluir que la “atención” prestada a Sonia violó sus derechos constitucionales y humanos internacionales.¹⁰² En este sentido, las medidas reparadoras de la SCJN incluyeron tanto órdenes “retroactivas” para que el distrito hospitalario en cuestión ofreciera a Sonia la reversión del procedimiento y asesoramiento psicológico, como una serie de medidas estructurales “prospectivas” destinadas a evitar la repetición de los hechos. Entre otras cosas, se ordenó a diversas autoridades (incluido el distrito hospitalario) que elaboraran y difundieran una guía sobre la violencia obstétrica; prepararan un cuestionario para las mujeres que hubieran dado a luz, con el fin de identificar y establecer

⁹⁸ *Ibid.* [150-164].

⁹⁹ *Ibid.* [150].

¹⁰⁰ *Ibid.* [151-152], [164].

¹⁰¹ *Ibid.* [163].

¹⁰² *Ibid.* [82-98].

la prevalencia de la violencia obstétrica; y llevaran a cabo una formación interna con el personal sanitario y administrativo del hospital.¹⁰³

Para reiterar, el resumen de esta parte sobre las respuestas latinoamericanas a la violencia obstétrica tiene tres objetivos. En primer lugar, destaca las concepciones relativamente amplias del término “violencia” empleadas por los legisladores y tribunales latinoamericanos. El término se ha utilizado para incluir una serie de daños físicos y psicológicos, derivados tanto de actos como de omisiones, y causados tanto por individuos como por instituciones. El uso relativamente extendido de una concepción más amplia de “violencia” en la región puede haber contribuido a que los legisladores y tribunales latinoamericanos hayan adoptado y comprendido más fácilmente el término “violencia obstétrica” que en muchas otras partes del mundo.

En segundo lugar, en esta parte se ha tratado de poner de relieve la amplia confianza de los tribunales y litigantes latinoamericanos en los derechos a la salud, y el uso conexo de recursos estructurales dirigidos a los hospitales y las autoridades, exigiéndoles que investiguen la violencia obstétrica generalizada y apliquen reformas destinadas a prevenirla. Como sostienen Pou Gimenez y otros, “lo fundamental en las constituciones latinoamericanas son los derechos sociales exigibles. Los avances significativos en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos se han producido, de hecho, en el contexto de los litigios sobre derechos de salud” (Pou Giménez *et al.*, 2024, p. 29). El uso de los derechos a la salud para promover cuestiones interseccionales relacionadas con el género pone de relieve la interrelación de los derechos y, en particular, la relación entre los derechos a la salud y las concepciones sustantivas de la igualdad. Esta relación, tal y como se manifiesta en la jurisprudencia de la SCJN sobre la violencia obstétrica, se analizará en la sección 5.2 más adelante.

En tercer lugar, esta visión general de las respuestas latinoamericanas a la violencia obstétrica sitúa las sentencias de la SCJN que se analizan a continuación

¹⁰³ *Ibid.* [330-339].

en un contexto más amplio y pone de relieve algunas similitudes en los enfoques adoptados por diversos tribunales supremos y regionales latinoamericanos respecto de la violencia obstétrica como violación de los derechos humanos. Aunque la respuesta mexicana es el tema principal de este artículo, la parte II ilustra que las sentencias mexicanas que se analizan a continuación reflejan tendencias regionales más amplias.

5. La SCJN sobre los derechos a la salud y la violencia obstétrica en México

Tras justificar la propuesta de este proyecto de que las respuestas jurídicas mexicanas a la violencia obstétrica institucionalizada pueden orientar las respuestas sudafricanas (parte 2), esbozar la ineficacia hasta la fecha de las respuestas punitivas individuales, como el derecho penal en México (parte 3), y situar algunas de las respuestas jurídicas mexicanas a la violencia obstétrica en su contexto regional más amplio (parte 4), la parte 5 se centrará en cómo la SCJN ha interpretado y aplicado los derechos a la salud en casos relacionados con la violencia obstétrica (y, cuando procede, la jurisprudencia relativa a otras cuestiones relacionadas con la justicia reproductiva) entre 2011 y 2025.¹⁰⁴ En lugar de resumir los casos pertinentes uno por uno, el siguiente análisis es temático. En primer lugar, examina el énfasis de la SCJN en los componentes individuales y comunitarios de los derechos a la salud, y su uso relacionado de una serie de recursos tanto retrospectivos como prospectivos. En segundo lugar, explora la referencia de la SCJN a otros derechos, como los derechos a la dignidad, la igualdad y la autonomía, en la interpretación de los derechos a la salud. Al hacerlo, destaca la gama de derechos —pertinentes en el contexto del parto— que la SCJN ha considerado incorporados en los derechos a la salud, a la protección de la salud y a los servicios de atención de la salud. En tercer lugar, se esbozan algunos principios relacionados con las obligaciones del Estado

¹⁰⁴ La fecha de inicio de 2011 se refiere a la reforma de derechos humanos, que tuvo un impacto significativo en la forma en que se aplican los derechos humanos en México. La fecha de finalización de 2025 se refiere tanto al año en que se llevó a cabo esta investigación como al año en que se produjeron importantes reformas judiciales en México. No está claro cuál será el impacto de esas reformas en la jurisprudencia de la SCJN.

en virtud del derecho a la protección de la salud en México, incluida la explicación de la SCJN sobre la realización progresiva de ese derecho y su enfoque de la defensa por falta de recursos. Se examina brevemente la posible aplicabilidad del enfoque mexicano en el contexto jurídico sudafricano.

5.1 Componentes individuales y comunitarios de los derechos a la salud

Al interpretar el derecho a la salud, la SCJN ha destacado que existen dos componentes del derecho (internacional) a la salud: (1) el personal o individual, y (2) el público o social. El primero implica el derecho de las personas a alcanzar un bienestar general (incluso a través de los servicios de salud), mientras que el segundo destaca el deber del Estado de abordar los problemas de salud que afectan ampliamente a la sociedad y de “establecer los mecanismos necesarios para garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud”.¹⁰⁵ Estas dos vertientes de los derechos a la salud se reflejan en el enfoque adoptado en los litigios estratégicos sobre la violencia obstétrica en México: muchos casos se presentan tanto para beneficiar a las víctimas como para buscar “una transformación del sistema de salud mexicano a través de mecanismos legales y desde una perspectiva basada en los derechos” (Sesia, 2020, p. 222).

El reconocimiento por parte de la SCJN de estos dos componentes de los derechos a la salud se refleja en la combinación de recursos individuales y estructurales que ha concedido por las violaciones de este derecho. Como se indicó en la sección 4.2 *supra*, en el caso mexicano seminal sobre violencia obstétrica (caso de Sonia), la SCJN concedió recursos para reparar el daño causado a la litigante (incluidas órdenes que permitían la revocación de su esterilización forzada y el acceso a asesoramiento psicológico en cualquier lugar del distrito

¹⁰⁵ Sentencia recaída al Amparo en Revisión 274/2024, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministra Ana Margarita Ríos Farjat, 21 de agosto de 2024; Sentencia recaída al Amparo en Revisión 636/2022, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, 16 de octubre de 2024 [93]. Cabe destacar que la SCJN ha determinado que la falta del Estado de garantizar el acceso igualitario a los servicios de salud materna entra en la segunda categoría, lo que genera un impacto colectivo, incluida la violencia obstétrica generalizada (Sentencia recaída al Amparo en Revisión 79/2023, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, 30 de agosto de 2023 [67]).

hospitalario), así como recursos estructurales con visión de futuro (incluidas órdenes relativas a la formación de los profesionales de la salud y la recopilación de datos).¹⁰⁶ La SCJN exigió además a las partes estatales pertinentes que informaran a un juez de distrito sobre el cumplimiento de esas órdenes. Los registros judiciales indican que las autoridades responsables han informado sobre el cumplimiento de la sentencia y que esos informes han sido compartidos con Sonia (la demandante). No queda claro en los registros judiciales disponibles si la forma en que se ha cumplido la sentencia ha sido aprobada por el juez de distrito o por Sonia. No obstante, ha habido un diálogo supervisado por los tribunales sobre el cumplimiento por parte del Estado de las diversas medidas de reparación individual y estructural.

Para justificar la imposición de medidas estructurales supervisadas, la SCJN sostuvo que la discriminación estructural que subyace a la violencia obstétrica (que se produce en el “contexto general de violencia estructural contra las mujeres”)¹⁰⁷ exige una reparación con “impacto restaurativo... que contrarreste el problema de salud pública que enfrentan las mujeres mexicanas”.¹⁰⁸ Esas órdenes estructurales eran, por lo tanto, una “medida de no repetición”.¹⁰⁹

En el contexto sudafricano, el derecho al acceso a los servicios de salud se expresa como un derecho individual, que corresponde a las personas (Bilchitz, 2008). No obstante, este derecho también genera un interés comunitario en el sistema de salud. El juez Froneman tiene en cuenta esta realidad en *DZ*:

[E]s discutible que el derecho fundamental de toda persona a tener acceso a los servicios de salud y la obligación del Estado de hacer efectivo este derecho mediante la adopción de medidas razonables introduzcan factores que no existían en la era preconstitucional. En consonancia con ello, se observa “una tendencia cada vez mayor a pasar del modelo clásico de asunción individual de las pérdidas a una colectivización de las mismas”,

¹⁰⁶ Amparo en Revisión 1064/19 (n. 93) [330-339].

¹⁰⁷ *Ibid.* [76].

¹⁰⁸ *Ibid.* [330].

¹⁰⁹ *Ibid.* [331].

que se refleja en la “absorción gradual del Derecho [delictivo], o al menos de gran parte de él, en el moderno sistema de seguridad social”.¹¹⁰

Quizás no sea una coincidencia que el SACC haya determinado que un litigante *individual* no tenía un derecho exigible a que el Estado le prestara un servicio sanitario concreto (vital),¹¹¹ mientras que los litigantes que impugnaron una política sanitaria de gran alcance en interés de todas las mujeres embarazadas seropositivas obtuvieron un fallo favorable en el SACC.¹¹² En otras palabras, aunque hasta ahora se han rechazado las reclamaciones individuales de tratamientos médicos específicos, las reclamaciones colectivas y comunitarias han prosperado. De hecho, en *el caso Soobramoney*, el SACC subrayó que, en ocasiones, el derecho al acceso a la asistencia sanitaria puede exigir al Estado “adoptar un enfoque holístico de las necesidades generales de la sociedad, en lugar de centrarse en las necesidades específicas de determinados individuos dentro de la sociedad”.¹¹³ Así, el SACC ha reconocido en varias ocasiones que el derecho (individual) al acceso a los servicios de salud tiene un componente comunitario. En ocasiones, también ha concedido interdictos estructurales supervisados en casos relacionados con otros derechos sociales.¹¹⁴

En consecuencia, el énfasis de la SCJN en los componentes individuales y sociales de los derechos a la salud, y su uso de recursos tanto individuales como estructurales, pueden servir de guía a los activistas, litigantes y tribunales sudafricanos que se enfrentan a violaciones institucionales generalizadas de los derechos a la salud y otros derechos en Sudáfrica. De hecho, ese doble enfoque puede fomentar un mayor énfasis en los recursos estructurales y las reformas en Sudáfrica, y reducir el énfasis en las indemnizaciones monetarias individuales.¹¹⁵

¹¹⁰ DZ (n1) [45].

¹¹¹ *Soobramoney* (n. 17).

¹¹² *Campaña de Acción por el Tratamiento* (n. 16).

¹¹³ *Soobramoney* (n 17) [31].

¹¹⁴ Véase *AllPay Consolidated Investment Holdings (Pty) Ltd contra el Director Ejecutivo de la Agencia de Seguridad Social de Sudáfrica* 2014 (4) SA 179 (CC).

¹¹⁵ Para un análisis del impacto comunitario del rápido aumento de las demandas por negligencia médica contra los departamentos provinciales de salud en la prestación de la asistencia sanitaria pública, véase Wessels y Speechly (2023).

5.2 Derechos interconectados: los derechos a la salud desde la perspectiva de la dignidad, la igualdad y la autonomía

Al dar contenido normativo a los derechos a la salud, es útil (y, de hecho, necesario tanto en México como en Sudáfrica)¹¹⁶ interpretar esos derechos a través del prisma de otros derechos y valores fundamentales. La SCJN, al interpretar los derechos a la salud (incluida la gama de derechos a la salud de que se disfruta durante el embarazo y el parto), se ha basado ampliamente en otros derechos relacionados. En esta sección se destacan algunas de las conclusiones de la SCJN sobre los derechos más específicos que se derivan de los derechos a la salud y a la protección de la salud, leídos conjuntamente con los derechos a la dignidad, la igualdad y la autonomía.

En primer lugar, la SCJN ha destacado con frecuencia la fuerte conexión entre la salud y el derecho a una vida *digna*. Por ejemplo, en un caso relativo a una mujer a la que se le denegó un aborto que había solicitado (debido a la preocupación de que su embarazo agravara un problema de salud),¹¹⁷ la SCJN destacó la conexión entre el bienestar e y la dignidad. Sostuvo que el bienestar incluye la cantidad de vida (y, por lo tanto, exige, cuando sea posible, intervenciones para salvar la vida), pero también *la calidad* de vida y cómo se *sienten* las mujeres con respecto a su bienestar.¹¹⁸ En otros casos, precisó que el “bienestar” de una persona —cuya mejora debe ser el objetivo de los servicios de salud¹¹⁹— incluye su estado físico, mental, emocional y social.¹²⁰ La SCJN ha subrayado además la estrecha relación entre dignidad y autonomía (o libertad), precisando que el

¹¹⁶ Véase la sección 2.3 *supra*. Véase también el artículo 1 de la Constitución mexicana; *New Nation* (n. 24).

¹¹⁷ Sentencia dictada en el recurso de amparo 1388/2015, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, 15 de mayo de 2019.

¹¹⁸ *Ibid.* [74].

¹¹⁹ Amparo en revisión 274/2024 (n.103); amparo en revisión 636/2022 (n.103) [93].

¹²⁰ Sentencia recaída al amparo en revisión 619/2017, Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Eduardo Medina Mora I., 29 de noviembre de 2017 [275].

respeto a la dignidad implica el respeto tanto a la conciencia como a la autonomía de la persona.¹²¹ A continuación se analiza la autonomía reproductiva.

La igualdad y la no discriminación también han desempeñado un papel importante en el contenido atribuido a los derechos de salud por la SCJN. Como se ha señalado anteriormente, la SCJN ha adoptado una concepción sustantiva de la igualdad (es decir, la igualdad de resultados en lugar de la igualdad formal de trato).¹²² Como tal, ha hecho hincapié en las necesidades particulares de atención sanitaria de “los sectores más vulnerables y marginados de la población”.¹²³ Estos grupos requieren “atención especial” y apoyo adicional para acceder a los servicios.¹²⁴ La SCJN ha hecho hincapié además en el requisito de la CEDAW de que los Estados partes adopten “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la salud...”.¹²⁵ El requisito de eliminar la discriminación en la atención sanitaria tiene implicaciones tanto en los servicios de salud *que* deben prestarse (por ejemplo, al interpretar los derechos de salud desde la perspectiva de la no discriminación, la SCJN ha sostenido que el derecho a la protección de la salud incluye el derecho a la prestación pública de servicios de aborto)¹²⁶ como *en la forma en que* deben prestarse esos servicios (es decir, de manera respetuosa y no discriminatoria, con especial atención a las personas en situaciones relativamente vulnerables, incluido el respeto de sus decisiones reproductivas).¹²⁷ La importancia de interpretar los derechos a la salud desde la perspectiva de la no discriminación es especialmente notable en la violencia obstétrica. De hecho, la SCJN ha sostenido que las cuestiones que dan lugar a la violencia obstétrica ponen de relieve la necesidad imperiosa de que los tribunales adopten una perspectiva de género en la interpretación y aplicación de los derechos humanos (incluidos los dere-

¹²¹ Acción de inconstitucionalidad 148/2017 (n. 27) (p. 25), Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Luis María Aguilar Morales, 7 de septiembre de 2021 (pp. 25-26).

¹²² *Ibid.*, p. 36.

¹²³ *Ibid.*, pp. 52-5).

¹²⁴ *Ibid.*; sentencia recaída al amparo directo en revisión 684/2022, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Jorge Mario Pardo Rebolledo, 12 de abril de 2023 [82].

¹²⁵ Artículo 12 de la CEDAW (n. 3); AER 1064/2019 (n. 93) [171].

¹²⁶ Amparo en revisión 1388/2015 (n. 115).

¹²⁷ Amparo directo en revisión 684/2022 (n. 122) [82]; amparo en revisión 1064/2019 (n. 93) [191].

chos a la salud).¹²⁸ Esto implica que los tribunales cuestionen los estereotipos preconcebidos sobre los roles e identidades de género y que sean sensibles a los obstáculos discriminatorios tanto directos como indirectos.¹²⁹

También se ha determinado que el derecho a la igualdad y a la no discriminación tiene implicaciones en la asignación de recursos. Por ejemplo, en el caso de Sonia, la SCJN destacó que “la falta de asignación de recursos suficientes para las necesidades específicas de salud de las mujeres constituye una violación del derecho de las mujeres a no ser discriminadas”.¹³⁰ Por lo tanto, si bien el Estado tiene autoridad sobre la distribución de los recursos de salud, este poder está limitado y guiado por diversos derechos que informan el contenido de los derechos a la salud, incluida la igualdad. La defensa de las limitaciones de recursos en los casos relacionados con los derechos a la atención sanitaria se examina con más detalle en la siguiente sección.

Por último, la interpretación de los derechos de salud reproductiva por parte de la SCJN ha estado muy influenciada por los derechos a la libertad y la autonomía. En consonancia con su concepción relacional de los titulares de derechos,¹³¹ que incluye el papel del contexto social, cultural e institucional en la toma de decisiones, la vulnerabilidad y el daño, la SCJN ha promovido una concepción relacional de la autonomía reproductiva. Por ejemplo, la SCJN ha subrayado que “no basta con tener la libertad de tomar decisiones autónomas sobre la propia salud; es esencial contar con la asistencia correspondiente para poder ejecutarlas adecuadamente”.¹³² Como resultado, la autonomía en el ámbito de la salud implica tanto “la no injerencia en la toma de decisiones” (libertad negativa) como “una infraestructura adecuada para que las decisiones se lleven

¹²⁸ Amparo en revisión 1064/2019 (n. 93) [79].

¹²⁹ Acción de inconstitucionalidad 148/2017 (n. 27) (p. 18-19).

¹³⁰ Amparo en revisión 1064/2019 (n. 93) [191].

¹³¹ Las teorías relacionales de la personalidad postulan que las personas están interconectadas e integradas en una red de relaciones y estructuras sociales, en lugar de existir como seres autosuficientes, independientes e hiperracionales. Sus experiencias de vulnerabilidad, toma de decisiones y daño están, por lo tanto, ligadas a su contexto social y surgen de la naturaleza de sus relaciones (Herring, 2019).

¹³² Amparo en revisión 274/2024 (n. 103); amparo en revisión 1388/2015 (n. 115) [65].

a cabo” (libertad positiva).¹³³ Desde la perspectiva de la libertad, por lo tanto, la SCJN ha sostenido que los derechos a la salud, a la protección de la salud y al acceso a los servicios de salud incorporan otros derechos fundamentales, entre ellos: (1) el derecho a ejercer el control en el ámbito de la salud reproductiva sin coacción, discriminación ni violencia;¹³⁴ (2) el derecho a no ser sometido a tratamientos médicos no consentidos;¹³⁵ (3) el derecho a ser informado, por personal debidamente capacitado, de las opciones alternativas al aceptar un tratamiento (incluidos los posibles beneficios y efectos adversos);¹³⁶ y (4) el “derecho a decidir qué modelo médico, partería o una combinación de ambos, desean elegir las mujeres para acompañar sus procesos de embarazo, parto y posparto”.¹³⁷ Además, la SCJN ha sostenido, a través del doble prisma de la igualdad y la libertad, que la autonomía en la toma de decisiones en materia de salud reproductiva exige que se cuestionen los discursos discriminatorios sobre los roles de género, incluidas las suposiciones sobre el papel de la mujer como madre.¹³⁸

En resumen, la interpretación de los derechos a la salud por parte de la SCJN se basa en la conexión entre esos derechos y los derechos a la dignidad, la igualdad y la autonomía (que interpreta de manera conjunta). Sus interpretaciones consideran además estos diversos derechos desde una perspectiva relacional. En otras palabras, hace hincapié en la atención y los recursos diferenciados o adicionales necesarios para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad a los grupos relativamente vulnerables (incluidas las mujeres en trabajo de parto y durante el parto, y en particular las de comunidades marginadas) y en la capacidad institucional y el apoyo necesarios para que las mujeres puedan tomar y aplicar decisiones durante el parto.

¹³³ Acción de inconstitucionalidad 148/2017 (n. 27) (p. 54).

¹³⁴ Amparo en revisión 274/2024 (n. 103).

¹³⁵ Amparo en revisión 636/2022 (n. 103) [91].

¹³⁶ Amparo en revisión 1064/2019 (n. 93) [97].

¹³⁷ *Ibid.* [174].

¹³⁸ Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 (n. 27) (p. 38).

Si bien otros derechos (como el derecho a la intimidad) también han influido en la elaboración del contenido de los derechos a la salud por parte de la SCJN, los tres que constituyen el objeto de esta sección son especialmente importantes en el contexto sudafricano. Como los tres valores constitucionales que sustentan la Constitución sudafricana, la dignidad, la igualdad y la libertad,¹³⁹ deben inspirar la interpretación, la aplicación y la limitación de los derechos recogidos en la Carta de Derechos (incluidos los derechos a la salud sexual y reproductiva).¹⁴⁰ Además, deben interpretarse de manera armoniosa,¹⁴¹ lo que exige el uso coherente de una filosofía subyacente de la personalidad jurídica. Como se ha señalado, la SCJN parece basarse principalmente en una concepción más relacional de la personalidad jurídica, que contempla la dignidad, la igualdad y la libertad de las personas situadas en su contexto relacional. Por el contrario, la SACC parece basarse de manera algo inconsistente en concepciones relacionales e individualistas de la personalidad al interpretar los valores fundamentales, adoptando en general un enfoque sustantivo (relacional) de la igualdad¹⁴² y una concepción individualista de la libertad.¹⁴³ En consecuencia, se ha considerado que los valores entran en conflicto entre sí,¹⁴⁴ lo que socava su utilidad interpretativa. El enfoque de la SCJN de interpretar la dignidad, la igualdad y la libertad como valores relacionales interconectados, a través de los cuales los derechos de salud pueden interpretarse para incorporar una gama de derechos más específicos relevantes en el contexto del parto, puede resultar un enfoque útil y filosóficamente riguroso que pueden promover los activistas y litigantes sudafricanos contra la violencia obstétrica.

Además, el SACC parece entender que el derecho constitucional al acceso a los servicios de salud no incluye más que el derecho a los servicios médicos. Por lo tanto, se ha determinado que los servicios médicos acompañados de abusos

¹³⁹ Sección 1(a) de la Constitución de Sudáfrica.

¹⁴⁰ Véanse los artículos 1(a), 7(1), 36(1)(a) y 39(1) de la Constitución sudafricana.

¹⁴¹ *Doctors for Life* (n. 23).

¹⁴² Véase, por ejemplo, *Presidente de la República de Sudáfrica contra Hugo* (1997 (4) SA 1 (CC) [41].

¹⁴³ Véase, por ejemplo, *AB contra Ministro de Desarrollo Social* 2017 (3) SA 570 (CC) [52]; *Barkhuizen contra Napier* 2007 (5) SA 323 (CC) [57].

¹⁴⁴ *Barkhuizen*, *ibid.* [13], [15] y [57].

(y que, por lo tanto, violan otros derechos, como la dignidad, la igualdad y la libertad) satisfacen el derecho al acceso a los servicios de salud.¹⁴⁵ A la luz del mandato constitucional sudafricano de que los tribunales interpreten los derechos humanos a través del prisma de los valores fundamentales,¹⁴⁶ se podría argumentar que el SACC debería inspirarse en la incorporación por parte de la SCJN de diversos elementos de *la atención* en su interpretación de lo que engloba el derecho al acceso a los servicios de salud.

5.3 Obligaciones del Estado en materia de derechos a la salud

Como se sugiere en la sección 2.3 anterior, la SCJN ha atribuido con frecuencia contenido normativo a los derechos a la salud (incluida su relación con otros derechos y los diversos derechos reproductivos y de otro tipo que estos abarcan) sin hacer referencia a las obligaciones o limitaciones del Estado. En otras palabras, *la capacidad* del Estado en un momento dado para cumplir los ideales expresados por los derechos de salud y otros derechos conexos no se ha utilizado para *definir el contenido* de los derechos en sí mismos (a diferencia del enfoque de la SACC, esbozado en la sección 2.3 *supra*). No obstante, la SCJN también ha contemplado las obligaciones que incumben al Estado en virtud de los derechos de salud y ha esbozado algunos principios relativos a los deberes en sus sentencias sobre casos de violencia obstétrica y derechos de salud reproductiva. Se han adoptado varios principios del derecho internacional de los derechos humanos, incluida la CEDAW (que también ha ratificado Sudáfrica).¹⁴⁷

En primer lugar, conviene desglosar la noción de “Estado” como titular de obligaciones. La SCJN ha subrayado que los derechos a la salud imponen un conjunto complejo de obligaciones a todos los poderes públicos, incluidos el legislativo, el administrativo, el judicial, los hospitales públicos y su personal

¹⁴⁵ En *NVM obo VKM contra Tembisa Hospital* [2022] ZACC 11 [91], el SACC examinó si los servicios médicos negligentes y perjudiciales habían violado el derecho del demandante a acceder a los servicios de atención sanitaria. Consideró que ese derecho no se había vulnerado, ya que el demandante había tenido acceso a los servicios médicos.

¹⁴⁶ Artículo 39(1)(a) de la Constitución de Sudáfrica.

¹⁴⁷ Véase n. 39.

médico.¹⁴⁸ En consecuencia, en consonancia con las especificaciones del Comité de la CEDAW, las medidas necesarias para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva incluyen medidas legislativas, judiciales, administrativas, presupuestarias, económicas y de otro tipo.¹⁴⁹ Este conjunto de medidas necesarias pone de relieve la variedad de partes responsables de las violaciones generalizadas y sistémicas de los derechos de salud de las personas que dan a luz durante el parto. Además, destaca los numerosos niveles en los que pueden violarse los derechos de salud. Por ejemplo, la SCJN ha determinado que la denegación de determinados procedimientos médicos a determinadas personas o grupos (de forma individual por parte de profesionales médicos o a través de la legislación y las políticas) puede infringir los derechos de salud.¹⁵⁰ Lo mismo puede ocurrir cuando las instituciones de salud no hacen cumplir las leyes vigentes, no adoptan las medidas derivadas de las obligaciones legales que dan efecto a los derechos de salud,¹⁵¹ o no protegen a las personas contra las violaciones de sus derechos de salud por parte de terceros.¹⁵²

Como se ha señalado en la parte 2.3 *supra*, los derechos a la salud en México son progresivamente realizables y están sujetos a los recursos disponibles.¹⁵³ Sin embargo, la SCJN ha subrayado que los derechos a la salud siguen imponiendo varios tipos de obligaciones inmediatas. La primera categoría de obligaciones inmediatas incluye el ‘núcleo esencial’ de los derechos sociales: aquellos aspectos que requieren protección inmediata. Según la SCJN, estos pueden ser definidos por el Estado.¹⁵⁴ Sin embargo, la discrecionalidad del Estado con respecto al núcleo esencial está limitada por otros derechos, como la dignidad y la igualdad. Por lo tanto, los tribunales pueden considerar que se ha violado el núcleo esencial de los derechos sociales (y que se requiere la protección in-

¹⁴⁸ Sentencia recaída al amparo en revisión 666/2023, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Juan Luis González Alcántara Carrancá, 18 de octubre de 2023 [124].

¹⁴⁹ Sentencia recaída al amparo en revisión 646/2022, Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Alberto Pérez Dayán, 1 de marzo de 2023 [97].

¹⁵⁰ Amparo en revisión 666/2023 (n. 146) [126].

¹⁵¹ Amparo directo en revisión 684/2022 (n. 122) [78].

¹⁵² *Ibid.* [79].

¹⁵³ Amparo directo en revisión 684/2022 (n. 122) [69].

¹⁵⁴ Sentencia recaída al amparo en revisión 251/2016, Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Javier Laynez Potisek, 15 de mayo de 2019 (pp. 19-20).

mediata de una faceta del derecho a la protección de la salud) si el impacto es lo suficientemente grave como para afectar a la dignidad de los titulares de los derechos.¹⁵⁵ Del mismo modo, la discriminación en el acceso o en la forma de prestación de la atención sanitaria solo se justifica si está vinculada a los objetivos constitucionales de los derechos de salud.¹⁵⁶

Una segunda categoría de obligaciones inmediatas se refiere a la realización progresiva. En concreto, la SCJN ha sostenido que la “realización progresiva” durante un período determinado no niega la “obligación inmediata, concreta y constante” de promover la plena realización del derecho “de la manera más rápida y eficaz posible”.¹⁵⁷ En consecuencia, el Estado no puede posponer indefinidamente sus obligaciones alegando recursos limitados, y debe demostrar que existen planes, políticas o legislación para alcanzar el objetivo enunciado en el derecho social.¹⁵⁸ Además, la SCJN ha subrayado que algunas obligaciones negativas pueden cumplirse sin recursos.¹⁵⁹

En los casos en que el Estado atribuye el incumplimiento de los derechos a la salud a la insuficiencia de recursos, la SCJN ha hecho hincapié en la responsabilidad del Estado tanto de demostrar la falta de recursos como de justificar la insuficiencia de los mismos. Para justificar esa insuficiencia, el Estado debe demostrar que ha hecho todos los esfuerzos para utilizar los recursos a su disposición¹⁶⁰ y para distribuir los recursos teniendo en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables:

[Los órganos judiciales pueden examinar si, en efecto, la falta de plena realización del derecho constitucional o convencional es consecuencia de la falta de recursos del Estado o, cuando la naturaleza del caso lo permita, velar por que dicha falta de asignación de

¹⁵⁵ Sentencia recaída al Amparo en Revisión 566/2015, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, 15 de febrero de 2017 (p. 24-5).

¹⁵⁶ Amparo en Revisión 251/2016 (n. 152) (p. 21-24); Amparo en Revisión 619/2017 (n. 118) [228].

¹⁵⁷ Amparo Directo en Revisión 684/2022 (n. 122) [85].

¹⁵⁸ Amparo en Revisión 251/2016 (n. 152) (p. 17).

¹⁵⁹ Amparo en Revisión 566/2015 (n. 153) (pág. 28-29).

¹⁶⁰ Amparo Directo en Revisión 684/2022 (n. 122) [89].

recursos no sea resultado de decisiones arbitrarias o discriminatorias de la autoridad estatal.¹⁶¹

La SCJN ha expresado así su voluntad de cuestionar la afirmación del Estado de que carece de recursos para seguir avanzando en los derechos a la salud, haciendo referencia a otros derechos.

El enfoque de la SCJN sobre el requisito de la realización progresiva es relevante en el contexto sudafricano, a pesar del aparente rechazo de la SACC a la noción de una obligación mínima esencial inmediatamente exigible al Estado en materia de derechos sociales y económicos.¹⁶² La SCJN, al igual que la SACC, parece considerar que las autoridades estatales son las más indicadas para determinar el contenido específico de las obligaciones mínimas esenciales en materia de derechos de salud. No obstante, en consonancia con los argumentos esgrimidos por algunos estudiosos sudafricanos de los derechos sociales y económicos (Liebenberg, 2010, pp. 154-160, 2008), la SCJN hace hincapié en que la discrecionalidad del Estado está limitada por otros derechos, como los derechos a la dignidad, la igualdad y la autonomía. En otras palabras, se puede argumentar que estos otros derechos y valores implicados generan obligaciones inmediatamente exigibles al Estado en virtud del derecho al acceso a los servicios de salud.¹⁶³ Así, las cuestiones de qué, a quién y cómo debe prestar el Estado la asistencia sanitaria de forma inmediata en virtud de los derechos de salud (en concreto, si las medidas estatales pertinentes para cumplir el derecho al acceso a los servicios de salud son *razonables*)¹⁶⁴ pueden ser resueltas por los tribunales sudafricanos sobre la base de los valores constitucionales fundamentales y otros derechos. Estos valores establecen una especie de núcleo esencial de los derechos a la salud. Las defensas del Estado basadas en la limitación de los recursos

¹⁶¹ Sentencia recaída al amparo en revisión 378/2014, Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ponente: Ministro Alberto Pérez Dayán, 15 de octubre de 2014 (p. 58).

¹⁶² *Grootboom* (n. 38) [33].

¹⁶³ El SACC aplicó este tipo de razonamiento en relación con la cuestión de *quién* tiene derecho a los bienes sociales en *Khosa* (n. 17).

¹⁶⁴ Artículo 27(2) de la Constitución sudafricana.

pueden ser igualmente cuestionadas por los tribunales en referencia a estos otros valores y derechos.

En relación con lo anterior, como se señala en la sección 2.3, el SACC no ha prestado suficiente atención a la cláusula de realización progresiva, ni a las obligaciones inmediatas que se derivan de la realización progresiva de los derechos a la salud. Como argumenta Fredman:

El deber de realización progresiva parece haber desaparecido del radar del Tribunal. Esto es problemático en el sentido de que, si bien puede ser aceptable que no se disponga de recursos para satisfacer el derecho del demandante en este momento, se debe exigir al Estado que explique cómo y cuándo podría cambiar esta situación. Sin este enfoque, el contenido del derecho al acceso a la atención sanitaria puede convertirse en ilusorio (Fredman, 2018, p. 248).

El énfasis de la SCJN en una serie de obligaciones inmediatamente exigibles en materia de derechos de salud (a pesar de la naturaleza progresiva de estos derechos) es, por lo tanto, importante y potencialmente aplicable en el contexto sudafricano.

6. Evaluación de los derechos a la salud como herramienta para abordar la violencia obstétrica

Tras esbozar el uso generalizado de los derechos a la salud por parte de los tribunales mexicanos y otros tribunales latinoamericanos para abordar la violencia obstétrica, en la parte 6 se examinarán algunas de las utilidades y limitaciones de los derechos a la salud como herramienta jurídica para abordar la violencia obstétrica.

En primer lugar, litigar contra el Estado sobre la base de los derechos a la salud (leídos junto con los derechos conexos) ofrece la oportunidad de dialogar con el Estado sobre sus sistemas de salud. Esta es una ventaja significativa de la judicialización de los derechos y los sistemas de salud: hay pocos otros foros en los que el Estado esté obligado a justificar sus disposiciones institucionales,

su formación y sus mecanismos internos de rendición de cuentas. Este diálogo es fundamental para la promesa constitucional de una “cultura de la justificación” (Botha, 2003; Mureinik, 1994).

Cabe destacar que, en la medida en que los tribunales estén dispuestos a examinar la asignación de recursos de salud y las supuestas limitaciones en relación con otros derechos fundamentales (como ha indicado anteriormente la SCJN), litigar sobre la base de los derechos a la salud ofrece una oportunidad para el diálogo con el Estado sobre cuestiones presupuestarias y otras cuestiones relacionadas con los recursos. La defensa de la insuficiencia de recursos (mencionada explícitamente en relación con los derechos de salud en la Constitución sudafricana)¹⁶⁵ se considera una limitación de las obligaciones del Estado de dar efecto a los derechos de salud. En la medida en que la generación y la asignación de recursos sean compatibles con los derechos fundamentales e es, la insuficiencia de recursos puede limitar efectivamente las obligaciones exigibles al Estado en virtud de los derechos de salud. No obstante, si los tribunales exigen al Estado una justificación sólida de sus políticas fiscales y asignaciones presupuestarias, el foro judicial puede convertirse en un espacio de diálogo democrático. Así lo han destacado diversas organizaciones feministas mexicanas en su escrito *amicus curiae* conjunto presentado ante la Corte IDH en un asunto relativo a un posible “derecho a la atención”.¹⁶⁶ Haciendo hincapié en el carácter político de las decisiones presupuestarias, así como en sus implicaciones para los derechos fundamentales (incluida la posible discriminación indirecta), sostienen lo siguiente:

Desde nuestra perspectiva, para “avanzar de la manera más rápida y eficaz posible” hacia la plena realización de los derechos, es necesario reconocer que esto incluye la adopción de decisiones para poner a disposición más recursos. Estos no son estáticos en el tiempo, ni son producto de la naturaleza, sino que dependen de una serie de

¹⁶⁵ Artículo 27(2) de la Constitución sudafricana.

¹⁶⁶ Pérez Manrique, Ricardo C. (Presidente, Corte Interamericana de Derechos Humanos), *Solicitada de opinión consultiva sobre “El contenido y alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos”*, presentado por la República Argentina el 20 de enero de 2023; otorgada en audiencia del 7 de noviembre de 2023. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Opinión Consultiva).

decisiones de los Estados. De lo contrario, los derechos —incluido el derecho a la asistencia— no se harían realidad, siempre con el simple argumento de que no hay recursos ni intención u obligación efectiva de gestionarlos en algún momento (GENDERS *et al.*, 2023, p. 41).

En resumen, aunque los tribunales siguen remitiéndose con frecuencia al Estado en sus decisiones finales sobre cuestiones de asignación de recursos,¹⁶⁷ los litigios basados en los derechos a la salud exigen, no obstante, que el Estado justifique las limitaciones presupuestarias y ofrecen a los tribunales la oportunidad de examinar esas limitaciones en relación con otros derechos.¹⁶⁸

En segundo lugar, los litigios en materia de derechos de salud pueden “poner de manifiesto los problemas multifacéticos que afectan a la atención obstétrica en el sistema de salud pública”. Como se ha señalado, estos problemas institucionales y culturales incluyen la discriminación institucional, la negligencia y el maltrato específico de determinados grupos marginados de mujeres. Un análisis de la violencia obstétrica basado en los derechos, con referencia a los sistemas de salud en los que se produce, puede contribuir a nuestra comprensión de las múltiples facetas del fenómeno y sus causas.

En tercer lugar, en la medida en que se determine que se han violado los derechos a la salud (o, en el contexto sudafricano, en la medida en que se determine que las medidas estatales adoptadas en virtud del artículo 27 de la Constitución son irrazonables), los tribunales pueden idear y ordenar de manera creativa una serie de reparaciones individuales y estructurales. Por ejemplo, como se ha visto en el caso de Sonia, un tribunal puede tener en cuenta las circunstancias y los daños particulares del demandante y ordenar al Estado que le proporcione tratamiento médico (incluido psicológico). Además, los tribunales pueden

¹⁶⁷ *Campaña de Acción por el Tratamiento* (n. 16) [38].

¹⁶⁸ De hecho, estos otros derechos (como la igualdad, la dignidad y la libertad) pueden establecer por sí mismos las obligaciones mínimas básicas de los Estados en materia de derechos a la salud. Es decir, si bien los tribunales deben, en general, deferir al Estado en materia de sistemas y políticas de salud, en la medida en que estos sistemas y políticas impliquen o faciliten habitualmente violaciones de otros derechos fundamentales, ello puede indicar que las medidas adoptadas por el Estado para cumplir los derechos a la salud son irrazonables (Liebenberg, 2010, pp. 154-160, 2008).

conceder medidas correctivas estructurales con visión de futuro (y potencialmente supervisadas) destinadas a evitar que se repitan los hechos. De este modo, los litigios exitosos contra el Estado en materia de derechos de salud pueden dar lugar a obligaciones específicas del Estado para mejorar los sistemas de salud. Por el contrario, los procesos penales no suelen implicar ni beneficiar materialmente a los demandantes ni contribuir a las reformas institucionales (Grupo de Información *et al.*, 2015). Además, las demandas civiles exitosas contra los proveedores de salud estatales generan reparaciones monetarias (retrospectivas)¹⁶⁹ que, si bien son sin duda beneficiosas para los demandantes individuales, no contribuyen a mejorar los sistemas de salud. De hecho, en Sudáfrica, las demandas exitosas por daños causados por instituciones de salud pública durante el parto pueden dar lugar a indemnizaciones monetarias elevadas. Estas demandas se han multiplicado hasta tal punto que suponen una carga considerable para los ya escasos recursos de salud (South African Law Reform Commission, 2017, p. 1). En la medida en que la *prevención* de la violencia obstétrica es una prioridad, por lo tanto, las soluciones estructurales creativas y con visión de futuro de aplicación general parecen más prometedoras que las soluciones que castigan a unos pocos autores o desvían los recursos de salud pública a un número limitado de demandantes individuales.¹⁷⁰

En cuarto lugar, y en relación con lo anterior, fuera del contexto de los litigios, los ideales expresados por los derechos a la salud (leídos junto con otros derechos relacionados) pueden ofrecer un marco para orientar y evaluar otras respuestas a la violencia obstétrica. Como se analiza más adelante, los litigios basados en los derechos por sí solos son totalmente insuficientes para abordar un fenómeno tan arraigado, impulsado por las instituciones y normalizado culturalmente como es la violencia obstétrica. Al contemplar el mosaico de respuestas legales y de otro tipo que pueden abordar la crisis, el compromiso con los ideales expresados por los derechos a la salud (incluidos los derechos

¹⁶⁹ *Ferreira contra Levin NO y otros; Vryenhoek y otros contra Powell NO y otros* 1996 (1) SA 984 (CC) [229].

¹⁷⁰ El presente artículo no se opone a estas otras respuestas jurídicas (en particular, las demandas civiles para obtener reparaciones individuales), siempre que no sean las únicas o las principales respuestas jurídicas.

e ideales más específicos que surgen cuando los derechos a la salud se leen junto con otros derechos, como la dignidad, la igualdad y la libertad)¹⁷¹ puede orientarnos hacia o alejarnos de determinadas respuestas. Por ejemplo, la importancia de la toma de decisiones con apoyo en la atención sanitaria (incluido el parto) puede alejarnos de políticas que limitan las opciones de las personas que dan a luz durante el parto o facilitan un mayor control sobre ellas, incluso si esas políticas se basan en la eficiencia institucional o en hallazgos científicos (Pickles, 2020b). Del mismo modo, comprender la salud y otros derechos desde una perspectiva relacional (una perspectiva que la SCJN emplea con frecuencia),¹⁷² y, por lo tanto, buscar reformas estructurales que fomenten una mayor atención y conexión entre los profesionales de la salud y las personas que dan a luz, puede desviar nuestra atención de las medidas legales punitivas que individualizan el problema y que probablemente introduzcan un mayor conflicto.

Por lo tanto, es extremadamente importante desentrañar el ideal expresado por los derechos a la salud (en el contexto del conjunto de los derechos fundamentales), y no limitarse a definir estos derechos por referencia a la razonabilidad de las medidas estatales en un momento determinado (como ha hecho el SACC) (Bilchitz, 2018b). Una comprensión profunda del “ideal” o “objetivo” que debe alcanzar progresivamente el Estado permite a los tribunales, los legisladores, los políticos y los activistas evaluar las posibles respuestas en función de si favorecen o dificultan la consecución de ese ideal.

No obstante, como se ha mencionado anteriormente, los derechos de salud ofrecen, como mucho, un punto de partida para abordar la violencia obstétrica generalizada. En primer lugar, los tribunales no suelen estar bien preparados para dirigir la transformación de los sistemas de salud. Se espera que concedan a otros poderes del Estado un amplio margen de discrecionalidad en la formulación y aplicación de políticas relativas a los derechos sociales y económicos,

¹⁷¹ Véase la sección 5.2 *supra*.

¹⁷² *Ibid.*

reconociendo que estas cuestiones suelen ser competencia de los poderes legislativo y ejecutivo, en virtud de su experiencia institucional y su mandato democrático.¹⁷³ Además, las ONG de derechos humanos que suelen apoyar los litigios, aunque desempeñan un papel fundamental en la identificación de las violaciones de los derechos humanos y en el apoyo a los litigantes, no suelen ser reconocidas como expertas en materia de elaboración de políticas sanitarias (Noh, 2024). Si bien los derechos humanos, incluidos los derechos a la salud, ofrecen un marco importante para evaluar los sistemas de salud, caracterizar los problemas y (potencialmente) exigir reformas, los tribunales y los litigantes (incluidas las ONG) no suelen estar en condiciones de dirigir la transformación real de los sistemas de atención sanitaria.

En segundo lugar, como señala Sesia, es difícil hacer cumplir y evaluar el cumplimiento de las medidas estructurales. Un enfoque litigioso de los derechos humanos es conflictivo y, con frecuencia, se enfrenta a la obstinación de los demandados estatales. Además, no está claro “cómo, a través de qué mecanismos, en cuánto tiempo y quién puede verificar el cumplimiento satisfactorio” y “¿qué significa ‘cumplimiento satisfactorio’ para las diferentes partes implicadas?” (Sesia, 2020, p. 242).

Por consiguiente, para abordar la violencia obstétrica es necesaria la cooperación y la colaboración con los profesionales de la salud, las instituciones y los administradores de salud, los departamentos de salud del Gobierno y los legisladores (lo que ha sido fundamental en el enfoque de GIRE). También se requiere una serie de respuestas que van más allá de los litigios, como la promoción, la visibilidad en los medios de comunicación y la presión política (Sesia, 2020, p. 240). No obstante, como se ha argumentado anteriormente, los litigios sobre derechos de salud ofrecen una oportunidad útil para entablar un diálogo estructurado con el Estado y ampliar nuestra comprensión de las múltiples facetas de la violencia obstétrica. Además, el compromiso profundo con los ideales, metas u objetivos expresados por los derechos de salud ofrece un marco para

¹⁷³ *Campaña de Acción por el Tratamiento* (n. 16) [38].

orientar y evaluar las diversas respuestas legales y de otro tipo a la violencia obstétrica.

7. Conclusión

En las etapas relativamente tempranas de la comprensión y la respuesta a la crisis generalizada de la violencia obstétrica, los activistas, legisladores y tribunales sudafricanos deberían mirar a sus homólogos de América Latina, donde se originó el movimiento contra la violencia obstétrica. En las (casi) dos décadas transcurridas desde que se definió y tipificó por primera vez la violencia obstétrica en América Latina, las ONG, los litigantes y los tribunales han adquirido una experiencia y unos conocimientos significativos de los que los sudafricanos pueden aprender. Una de estas jurisdicciones latinoamericanas es México, donde se han adoptado una serie de medidas jurídicas y no jurídicas para hacer frente a la violencia obstétrica. Por ejemplo, varios estados mexicanos han tipificado como delito la violencia obstétrica. Sin embargo, la aplicación limitada de estas leyes las ha hecho en gran medida ineficaces: ni siquiera parecen haber tenido un efecto disuasorio. En ocasiones se interponen demandas civiles por daños y perjuicios, pero estas benefician a las demandantes individuales sin contribuir a reformas sistémicas ni a la prevención. Como resultado, las principales organizaciones de interés público, como GIRE, buscan soluciones principalmente desde la perspectiva de los derechos humanos. Al igual que en otras partes de América Latina, el conjunto de derechos constitucionales e internacionales en materia de salud ha sido fundamental para este enfoque. Es significativo que la SCJN, interpretando estos derechos de manera amplia a través del prisma de derechos como la igualdad, la dignidad y la autonomía, haya determinado que los incidentes de violencia obstétrica (una forma de violencia contra las mujeres) violan los derechos de salud de las mujeres. De conformidad con estas conclusiones, ha ordenado una serie de medidas correctivas individuales y estructurales específicas para cada contexto, entre ellas órdenes supervisadas por los tribunales relativas a la formación de los profesionales médicos y la investigación de la violencia obstétrica. También ha manifestado su disposición a cuestionar las defensas del Estado relativas a la capacidad y la insuficiencia de recursos, convirtiendo la sala del tribunal en un foro de diálogo democrático con los respon-

sables de la toma de decisiones del Estado. Sin embargo, litigar basándose en los derechos a la salud, aunque ofrece oportunidades para el reconocimiento formal del fenómeno, el diálogo, la reparación individual y las medidas estructurales, es una herramienta limitada para abordar una crisis tan normalizada culturalmente e impulsada por las instituciones. Por lo tanto, es imperativo que los activistas y los investigadores que se ocupan de la violencia obstétrica busquen la colaboración de los profesionales de la salud, las instituciones y los responsables de la toma de decisiones gubernamentales.

8. Fuentes

Acevedo Guerrero, N., Orrego-Hoyos, G. (2024), “Halting Hostilities: The Colombian Constitutional Court’s Stand Against Obstetric Violence in Abortion Services”. Disponible en: «<https://oneill.law.georgetown.edu/halting-hostilities-the-colombian-constitutional-courts-stand-against-obstetric-violence-in-abortion-services/>». [Consultado el 5 de junio de 2025].

Bilchitz, D. (2008), *Judicial Remedies and Socio-Economic Rights: A Response to Christopher Mbazira*, ESR Review, 9, pp. 9-12.

Bilchitz, D. (2018), *Fundamental Rights as Bridging Concepts: Straddling the Boundary Between Ideal Justice and an Imperfect Reality*, Human Rights Quarterly, 40, pp. 119-143.

Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A.L.A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosla, R., Hindin, M.J., Gülmezoglu, A.M. (2015), *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*, PLoS Medicine, 12, pp. 1-32.

Botes, T. (2022), *Where Have the Midwives Gone? Everyday Histories of Voetvroue in Johannesburg*, Leiden, African Studies Centre, p. 81.

Botha, H. (2003), *Metaphoric reasoning and transformative constitutionalism (part 2)*, Tydskrif vir die Suid-Afrikaanse Reg, 1, pp. 20-36.

Bowser, D., Hill, K. (2010), *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*, USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health University Research Co.

Calvo Aguilar, O., Torres Falcón, M., Valdez Santiago, R. (2020), *Obstetric violence criminalised in Mexico: a comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission*, BMJ Sex Reprod Health, 46, pp. 38-45.

Castro, R. (2014), *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*, Revista Mexicana de Sociología, 76, pp. 25-55.

Chadwick, R. (2016), *Obstetric Violence in South Africa*, South African Medical Journal, 106, pp. 423-424.

Chadwick, R. (2017), *Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives*, Feminism & Psychology, 27, pp. 489-509.

Chadwick, R. (2020), *Practices of Silencing: Birth marginality and epistemic violence*, en Pickles, C., Herring, J. (Eds.), *Childbirth, Vulnerability and the Law: Exploring Issues of Violence and Control*, Londres, Routledge, pp. 1-25.

Chadwick, R. (2024), *The Many Faces of Birthing Freedom*, Hypatia, pp. 1-21.

Cohen Shabot, S. (2020), *“Amigas, sisters: we’re being gaslighted”: obstetric violence and epistemic judgment*, en Pickles, C., Herring, J. (Eds.), *Childbirth, Vulnerability and the Law: Exploring Issues of Violence and Control*, Londres, Routledge, pp. 1-28.

Cohen Shabot, S., Korem, K. (2018), *Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence*, Hypatia, 33, pp. 384-401.

Cornejo Chavez, L. (2017), *New remedial responses in the practice of regional human rights courts: Purposes beyond compensation*, International Journal of Constitutional Law, 15, pp. 372-392.

Currie, I., De Waal, J. (2013), *The Bill of Rights Handbook*, 6ª ed., Cape Town, Juta.

D'Gregorio, D.P. (2010), *Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela*, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 111, pp. 2-5.

Downe, S., Stone, N. (2019), *Midwives and midwifery: The need for courage to reclaim vocation for respectful care*, en Pickles, C., Herring, J. (Eds.), *Childbirth, Vulnerability and the Law: Exploring Issues of Violence and Control*, Londres, Routledge, pp. 45-68.

Elaraby, S., Altieri, E., Downe, S., Erdman, J., Mannava, S., Moncrieff, G., Shamma, B.R., Torloni, M.R., Betran, A.P. (2023), *Behavioural factors associated with fear of litigation as a driver for the increased use of caesarean sections: a scoping review*, BMJ Open, 13, pp. 1-15.

Espejo-Yaksic, N. (2021), *Incorporating the CRC in Mexico*, en Kilkelly, U., Lundy, L., Byrne, B. (Eds.), *Incorporating the UN Convention on the Rights of the Child into National Law*, Intersentia, pp. 261-280.

Farouk, S.L., Amole, T.G., Kabir, M., Abubakar, I.S., Iliyasu, Z. (2021), *Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria*, Sexual & Reproductive Healthcare, 29, 00620.

Fredman, S. (2018), *Comparative Human Rights Law*, Oxford, Oxford University Press.

Garcia, L.M. (2020), *A concept analysis of obstetric violence in the United States of America*, Nurs Forum, 55, pp. 654-663.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015), *Obstetric Violence: A Human Rights Approach*, Ciudad de México, GIRE.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2025), *Entidades que penalizan la Violencia Obstétrica. Información y datos sobre aborto legal en México, violencia obstétrica, muerte materna y otros*, Ciudad de México, GIRE.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (s.f.), *¿Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna*, Ciudad de México, GIRE.

Herring, J. (2017), *Compassion, ethics of care and legal rights*, *International Journal of Law in Context*, 13, pp. 158-171.

Herring, J. (2019), *Law and the Relational Self*, Cambridge, Cambridge University Press.

Herring, J. (2020), *Identifying the wrong in obstetric violence: lessons from domestic abuse*, en Pickles, C., Herring, J. (Eds.), *Childbirth, Vulnerability and the Law: Exploring Issues of Violence and Control*, Londres, Routledge, pp. 1-24.

INEGI (2021), *Violencia contra las mujeres en México: Tablero estadístico (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares – ENDIREH)*, Ciudad de México, INEGI.

Jewkes, R., Abrahams, N., Mvo, Z. (1998), *Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services*, *Social Science & Medicine*, 47, pp. 1781-1795.

Julio, F., Octavio, G.-D. (2013), *Realizing the right to healthcare in Mexico*, en Zuniga, J.M., Marks, S.P., Gostin, L.O. (Eds.), *Advancing the Human Right to Health*, Oxford, Oxford University Press, pp. 1-14.

Kruger, L., Schoombee, C. (2010), *The other side of caring: abuse in a South African maternity ward*, Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28, pp. 84-101.

Kukura, E. (2018), *Obstetric Violence*, Georgetown Law Journal, 106, pp. 721-802.

Laako, H. (2017), *Understanding contested women's rights in development: the Latin American campaign for the humanisation of birth and the challenge of midwifery in Mexico*, Third World Quarterly, 38, pp. 379-396.

Lappeman, M., Swartz, L. (2021), *How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word "Violence" in Obstetric Settings*, Violence Against Women, 27, pp. 987-1000.

Liebenberg, S. (2008), *The Value of Freedom in Interpreting Socio-Economic Rights*, Acta Juridica, 1, pp. 149-176.

Liebenberg, S. (2010), *Socio-Economic Rights: Adjudication under a Transformative Constitution*, Cape Town, Juta.

Liebenberg, S. (2021), *Austerity in the midst of a pandemic: Pursuing accountability through the socio-economic rights doctrine of non-retrogression*, South African Journal on Human Rights, 37, pp. 181-204.

Mureinik, E. (1994), *A Bridge to Where? Introducing the Interim Bill of Rights*, South African Journal on Human Rights, 10, pp. 31-48.

Noh, J.-E. (2024), *The Fight for Global Health Justice: The Advocacy of International Humanitarian and Development NGOs During the COVID-19 Pandemic*, Voluntas, 35, pp. 661-675.

Pickles, C. (2015), *Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa*, SA Crime Quarterly, 54, pp. 5-18.

Pickles, C. (2020a), *When 'Battery' is not Enough: Exposing the Gaps in Unauthorised Vaginal Examinations During Labour as a Crime of Battery*, en Pickles, C., Herring, J. (Eds.), *Women's Birthing Bodies and the Law: Unauthorised Intimate Examinations, Power and Vulnerability*, Londres, Hart Publishing, pp. 1-32.

Pickles, C. (2020b), *Leaving women behind: The application of evidence-based guidelines, law and obstetric violence by omission*, en Pickles, C., Herring, J. (Eds.), *Childbirth, Vulnerability and the Law: Exploring Issues of Violence and Control*, Londres, Routledge, pp. 69-92.

Pickles, C. (2023), "Obstetric Violence," "Mistreatment," and "Disrespect and Abuse": *Reflections on the Politics of Naming Violations During Facility-Based Childbirth*, Hypatia, pp. 1-22.

Pickles, C. (2024), 'Everything is Obstetric Violence Now': *Identifying the Violence in 'Obstetric Violence' to Strengthen Socio-legal Reform Efforts*, Oxford Journal of Legal Studies, 44, pp. 616-644.

Pou Giménez, F, Rubio Marín, R., Undurraga Valdés, V. (2024), *Women, Gender, and Constitutionalism in Latin America*, Londres, Routledge.

Rucell, J. (2019), *Obstetric Violence in South Africa: Violence against women in reproductive health & childbirth*, Braamfontein, Commission for Gender Equality.

Rucell, J. (2020), *Health system accountability in South Africa: a driver of violence against women?*, en Pickles, C., Herring, J. (Eds.), *Childbirth, Vulnerability and the Law: Exploring Issues of Violence and Control*, Londres, Routledge, pp. 93-114.

Sadler, M. (2025), *Obstetric Violence, a Latin American Concept*, en *The Routledge Companion to Gender and Reproduction*, Londres, Routledge, pp. 141-163.

Sadler, M., Santos, M.J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G.L., Skoko, E., Gillen, P., Clausen, J.A. (2016), *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*, *Reproductive Health Matters*, 24, pp. 47-55.

Salazar Marín, D. (2024), *Gender Constitutionalism in Ecuador*, en Pou Giménez, F., Rubio Marín, R., Undurraga Valdés, V. (Eds.), *Women, Gender, and Constitutionalism in Latin America*, Londres, Routledge, pp. 1-21.

Serván-Mori, E., Meneses-Navarro, S., García-Díaz, R., Cerecero-García, D., Contreras-Loya, D., Gómez-Dantés, O., Castro, A. (2025), *Ethnic and racial discrimination in maternal health care in Mexico: a neglected challenge in the search for universal health coverage*, *Int J Equity Health*, 24, pp. 1-15.

Sesia, P.M. (2020), *Naming, framing and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico*, en Gamlin, J., Gibbon, S., Sesia, P.M., Berrio, L. (Eds.), *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America*, Londres, UCL Press, pp. 1-22.

Smith-Oka, V., Rubin, S.E., Dixon, L.Z. (2022), *Obstetric Violence in Their Own Words: How Women in Mexico and South Africa Expect, Experience, and Respond to Violence*, *Violence Against Women*, 28, pp. 2700-2721.

South African Law Reform Commission (2017), *Project 141 Medico-Legal Claims (Issue Paper No. 33)*, Pretoria, South African Law Reform Commission.

Special Rapporteur on Violence Against Women (2019), *A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence Against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence (A/74/137)*, Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas.

“Stop Making Excuses”: Accountability for Maternal Health Care in South Africa (2011), Nueva York, Human Rights Watch.

Wessels, B., Speechly, G. (2023), *The Bill of Rights and State Liability for Medical Negligence: A Case for Judicial Development of the Common Law (Part 1)*, *Speculum Juris*, 37, pp. 1-22.

Williams, C., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizán, J., Cormick, G. (2018), *Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth*, *BJOG*, 125, pp. 1208-1211.

World Health Organization (WHO) (2015), *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth*, Ginebra, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2019), *Definition and Typology of Violence*, Ginebra, World Health Organization.

Zacher Dixon, L. (2015), *Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices*, *Medical Anthropology Quarterly*, 29, pp. 437-454.