



## La esterilización femenina en mujeres: ¿una elección libre?

### Female sterilization in women: ¿a free choice?

### Esterilização feminina em mulheres: uma escolha livre?

Jenny Amparo Lozano Beltrán<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Magister en estudios de género, Enfermera. Docente Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2169-7815>; Correo electrónico: jeamlobe@hotmail.com

\*Correspondencia: Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana Kr 7 40-62 Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jeamlobe@hotmail.com

**Abstract:** Goals. investigate the circumstances that intervened in the choice of female sterilization as a planning method for women in social vulnerability in the city of Bogotá. Methodology. A qualitative approach was made to 12 women who had been sterilized in the last 10 years, through in-depth interviews, recorded, transcribed and with information analyzed by generating categories from the discourse. Results and conclusions. In the interviews, the lack of knowledge about sexual and reproductive rights is reiterated, there is a relationship between the void in the counseling for the initiation of fertility regulation methods and, above all, a loss of autonomy in decision-making, permeated by the system of health, which includes the lack of information regarding the performance of the procedure, situations that create consequences at the physical, reproductive and mental health levels of women, who, even for gender reasons, are mostly vulnerable.

**Keywords:** Sterilization, reproductive health, rights, vulnerable, fertility.

**Resumen:** Objetivo. Indagar las circunstancias que intervinieron en la elección de la esterilización femenina como método de planificación en mujeres en vulnerabilidad social de la ciudad de Bogotá. Metodología. Se realizó una aproximación cualitativa a 12 mujeres que se hubieran esterilizado en los últimos 10 años, mediante entrevistas a profundidad, grabadas, transcritas y con información analizada mediante generación de categorías a partir del discurso. Resultados y Conclusiones. Es reiterativo el desconocimiento frente a los derechos sexuales y reproductivos, se relaciona el vacío en la asesoría para inicio de métodos de regulación de la fecundidad y sobre todo una pérdida de la autonomía en la toma de decisiones, permeada por el sistema de salud, que incluye la ausencia de información frente a la realización del procedimiento, situaciones que crean consecuencias a nivel físico, reproductivo y en la salud mental de las mujeres, quienes incluso por razones de género son mayormente vulnerables.

**Palabras Clave:** Esterilización; salud reproductiva; derechos; vulnerabilidad; fecundidad.

**Resumo:** Mirar. Investigar as circunstâncias que interferiram na escolha da esterilização feminina como método de planejamento para mulheres em vulnerabilidade social na cidade de Bogotá. Metodologia. Foi realizada uma abordagem qualitativa com 12 mulheres esterilizadas nos últimos 10 anos, por meio de entrevistas em profundidade, gravadas, transcritas e com informações analisadas por meio da geração de categorias a partir dos discursos. Resultados e conclusões. O desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos é reiterativo, existe uma relação entre a lacuna no

**Cómo citar este artículo:** Lozano-Beltrán, J.A. (2023). La esterilización femenina en mujeres: ¿una elección libre? *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.04>

Received: 21/08/2022

Accepted: 07/12/2022



**Copyright:** © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.



---

aconselhamento para o início dos métodos de regulação da fecundidade e, sobretudo, uma perda de autonomia na tomada de decisões, permeada pelo sistema de saúde, que inclui a ausência de informações sobre a realização do procedimento, situações que geram consequências ao nível da saúde física, reprodutiva e mental das mulheres, que, mesmo por razões de género, são as mais vulneráveis. **Palavras-chave:** Esterilização, saúde reprodutiva, direitos, vulnerabilidade, fertilidade.

---

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la maternidad se ha asociado a la esencia biológica y por tanto a la femineidad como obligatoriedad social, naturalizando el ser mujer con ser madre (Cantillo, 2016). Partiendo de una construcción cultural, enmarcada en la designación biológica y en las costumbres que ligan a la mujer a asumir un rol reproductor, se conduce a la perpetuación del desconocimiento del deseo y la voluntariedad para asumir la gestación, relegando a la mujer a asumir imposiciones y prohibiciones sociales, acentuando la inequidad e inferioridad (Beauvoir, 1949).

Con el tiempo, ha dejado de ser la única forma de realización de las mujeres, quienes han deslegitimado tales roles reproductores como una obligatoriedad, separándose de la sexualidad y planteándose como una posibilidad en el proyecto de vida. Sin embargo, siguen presentando transgresiones frente a su autonomía, especialmente al optar por la esterilización (Thomas, 2006), la cual se aumenta en contextos de vulnerabilidad social, que incluyen, además de la pobreza, barreras de acceso universal a servicios de salud básicos, a educación básica y a seguridad social, y también, el déficit en las relaciones sociales (Stern, 2004), por lo que se tienden a desconocer, la voluntad y la toma de decisiones de la mujer, y por ende, sus derechos humanos y los sexuales y reproductivos (Mackinnon, 1989).

La oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2002) realizó un análisis frente a la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer en Colombia, encontrando la esterilización como el método más demandado. Consideró que tal aumento, se debía a vacíos en la información y la educación suministrada, aludiendo arbitrariedades desde el servicio de salud. Para ello, incentivó la realización de la vasectomía voluntaria, promoviendo la paternidad y maternidad responsable, consentida y asesorada, siendo adoptada en las políticas nacionales para su realización dentro del Sistema de Salud de manera gratuita, aunque para ello, es prioritario la realización de asesoría en métodos de regulación de la fecundidad para garantizar el acceso a la información de calidad (MSPS, 2018).

Por su parte, la OMS brindó pautas para el acceso, eliminando barreras y estableciendo la esterilización como una opción para todas las mujeres, eximiendo la autorización de la pareja, promoviendo la toma de decisiones propias, autónomas e informadas como lo insta la sentencia C182/2016 de la Corte Constitucional; siendo responsabilidad



del personal de salud, enfatizar en la permanencia e irreversibilidad del método (OMS, 2011).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015 que tiene en cuenta el total de la población colombiana, revela que la esterilización femenina es el método más conocido y con mayor demanda entre ellas (34.9%). En mujeres entre 13-49 años no unidas, pero con actividad sexual reciente es el usado por el 17.3%, cifra que es llamativa, pues el grupo incluye menores de edad, en las que debería ser inexistente esta alternativa por las restricciones legales. También es usado en mayor medida por mujeres unidas (35%) y en menores de 35 años (80%). El estudio encontró circunstancias que pueden aumentar el arrepentimiento con respecto al procedimiento, ya que indica el deseo de concebir un hijo después de haberse realizado la cirugía, situación presentada en el 15,9%, especialmente en mujeres entre los 30-34 años (22,4%), siendo preocupante los porcentajes de mujeres con educación secundaria 36.1%, con primaria 44.6% y sin educación el 38%, así como en quintiles de pobreza medio 34.3%, bajo con el 36% y más bajo con el 30.8% en mujeres esterilizadas; las anteriores cifras, sugieren un gran vacío frente a la información suministrada y fallas en la educación que se brinda durante la asesoría de planificación familiar (Profamilia, 2016).

El estudio “The Rise of Female Sterilization: A Closer Look at Colombia”, realizado en el año 2007, se realizó un estudio de casos y controles, con comparaciones entre la encuesta de la ENDS del año 2005 y 2010, utilizando tendencias a lo largo del tiempo, planteó, a partir del análisis de datos, que la esterilización femenina aumentó su demanda en mujeres en edad reproductiva, con bajo nivel educativo, en pobreza, y con barreras para el acceso a servicios de salud; por tales razones, se consideró un método involuntario, coercitivo e influenciado durante la atención, especialmente en el momento del parto, lo que vulnera los derechos primordiales. Por tanto, los autores consideraron relevante profundizar en las experiencias de las mujeres durante la asesoría en planificación familiar, en particular, frente a la elección del método y la realización del procedimiento (Folch, Betstadt, Li y Whaley, 2017). Esta recomendación toma más relevancia, si se tiene en cuenta que la jurisprudencia ha considerado prioritario garantizar los derechos de las mujeres, frente a la toma de decisiones autónomas, informadas y cualificadas, durante la asesoría en planificación familiar, (Corte Constitucional, 2016).

## **METODOLOGÍA**

Para conocer con mayor detalle, la manera en que se desarrolla el proceso de elección del método de planificación, se diseñó un estudio cualitativo descriptivo, retrospectivo, dirigido a mujeres mayores de 18 años en contextos de vulnerabilidad social, esterilizadas en los últimos 10 años.



Para la muestra se identificaron casos, mediante la técnica de “bola de nieve” hasta lograr la saturación de los datos, cuando los datos indicaban repetitividad en las experiencias de las mujeres. A las participantes se les explicó el estudio para que manifestaran libremente su aceptación de participar, el uso de su nombre o pseudónimo y posteriormente lo refrendaron con la firma del consentimiento informado. Dadas las restricciones por las medidas de distanciamiento social tomadas para enfrentar la pandemia por COVID-19, la firma se realizó virtualmente, con confirmación verbal al momento de la entrevista. Durante toda la investigación se respetó la confidencialidad de la información y el anonimato; se consideró que la investigación implicaba un riesgo mínimo, sobre todo de carácter emocional, según la resolución 8430 de 1993 en su artículo 11 (Ministerio de Salud, 1993). Este estudio fue presentado y aprobado por el comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana. A pesar de ser un estudio retrospectivo, mediante aplicación de entrevistas, estas generaron emociones y sentimientos en las mujeres entrevistadas, al relatar sus experiencias vividas frente a la prestación de los servicios de salud recibida.

Con el fin de recolectar los datos, se realizó entrevista semiestructurada a profundidad, dirigida y ejecutada de manera telefónica, con grabación de voz, en un tiempo estimado de 60 minutos. Posteriormente se hizo transcripción y análisis de contenido, mediante la creación de categorías por modelo mixto y análisis en Software Nivo versión 11, permitiendo la organización de la información en categorías orientadas a planificación familiar, autonomía, derechos sexuales y derechos reproductivos, autocuidado, y subcategorías desprendidas del discurso y de las anteriores, obteniendo resultados equivalentes a la revisión de la literatura.

## RESULTADOS

En el estudio participaron doce mujeres, cinco entre 20 y 29 años, cuatro entre los 30 y 39 años, y tres mayores de 40 años. Cuatro de ellas eran profesionales en la actualidad, pero mencionaron que sus ingresos eran limitados para la época en que se realizó esterilización, puesto que no trabajaban y dependían de su pareja u otras personas; tres personas contaban con estudios técnicos, cuatro con bachillerato completo y una con bachillerato incompleto. Cinco eran solteras, entre ellas una nulípara, cuatro se encontraban casadas y tres en unión libre.

Frente al inicio de métodos anticonceptivos, 83% iniciaron su uso aconsejadas por amigas, familiares o al realizar solicitud en la farmacia más cercana, sin la participación de algún servicio de salud. Nataly, relata las consecuencias por el uso incorrecto del método:

“En los servicios de salud no me habían hablado de eso, a mí me asesoró una tía sobre las píldoras y empecé a planificar con píldoras. Ya después, en la universidad, cuando presente lo del embarazo del niño, yo estaba en último semestre, pues yo fui a la enfermería porque tenía jaqueca y ella me preguntó por las píldoras, yo le explique cuando me las había tomado y ahí fue que supe que me las estaba tomando mal”. (Nataly, comunicación personal, 10 de junio de 2020).



La asesoría en regulación de la fecundidad, se convierte en un momento propicio para brindar información, orientar y educar a la mujer frente al uso correcto y adherencia al método anticonceptivo (Villacres, 2016), situación que no se realizó con Nataly, quien a causa del uso incorrecto del método y ausencia de asesoría en métodos de regulación de la fecundidad tuvo su primer embarazo, en su momento, no deseado. Este momento de negociación, intimidad y confianza, fue realizado generalmente en periodos postparto; sólo una la recibió por tratamiento de ovarios poliquísticos, por tanto, son las mujeres, quienes, sin acompañamiento del personal de salud, inician de manera deliberada, por consejos de otras personas o incluso por búsqueda en redes sociales de algún método, sin tener en cuenta criterios de elegibilidad, aumentando el riesgo para su salud (Timoteo, 2019), como lo comentó Maryuri:

“A mí me fue muy bien con la inyectable y a mí no me asesoraron casi nunca, ósea, si me lo daba la EPS, pero yo lo escogí libremente desde los 21 años” (Maryuri, comunicación personal, 2 de junio de 2020).

Cobra mayor relevancia, si se tiene en cuenta que siete de las mujeres utilizaron inyectable mensual, teniendo entre los principales efectos, hemorragias uterinas anormales, aumento de migraña, aparición de acné y embarazos no deseados. Cinco mujeres, utilizaron pastillas, pero no continuaron su toma por mareo y malestar general, dos refirieron embarazo durante el uso del método, y una de ellas admitió, que este se dio por el mal uso del método. Dos mujeres utilizaron inyectables trimestrales, que les produjo migraña, y en uno de los casos ocurrió falla del mismo con la consecuente gestación. Con respecto a la T de cobre, tres mujeres la utilizaron; una de ellas decidió retirarla por el aumento de cólicos. El implante subdérmico fue utilizado por una de las participantes quien presentó anemia posterior a su inserción.

Como puede verse, la responsabilidad para no reproducirse fue asumida por las mujeres mediante la automedicación, sin embargo, los efectos adversos presentados son usualmente esperados con el uso de métodos de regulación de la fecundidad, aunque algunos como la migraña, podrían indicar una complicación en el estado de salud de la mujer, al exacerbar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, trombosis venosa o incluso llegar a padecer dolores precordiales como efecto hormonal (Arrate, et al., 2013). Ejemplo de ello es Leidys, quien, para evitar el embarazo, tomó pastillas de emergencia, cada dos a tres meses, lo cual, sin duda alguna, generó riesgos para su salud a corto, mediano y largo plazo.

La esterilización para Paola, fue una decisión importante, y para ello fue asesorada por su madre. En su opinión, el hecho de que ella fuera la única hija en su familia, hizo que los métodos de regulación de la fecundidad no fueran un tema de interés para ese núcleo.

“Mi hogar son solo hombres, soy la única de mi mamá, la hija, entonces a las amigas uno las escucha hablar, como le van con los métodos que están, pero ya por tener tantos niños uno decía la situación no es tan fácil. Realmente la asesoría vino por parte de mi mamá, ella fue la persona que me dijo y yo pienso que ese fue el mejor método” (Paola, comunicación personal, 2 de junio de 2020).



Algunas mujeres, refirieron que en el momento de la gestación o antes de la atención del parto, se realizó la asesoría para la esterilización. Tres de las mujeres refirieron que en tal consulta se especificó cómo se realizaría la cirugía y las implicaciones que tendría, pero en algunos casos, pese a la situación de poder que ejercen los profesionales de salud o al desconocimiento de la usuaria, accedieron sin conocer, ni preguntar cómo se realizaría tal intervención (Turner, 2001).

“Tuve una cita antes de la cirugía, me hicieron, así como una historia clínica pero no me explicaron así que me hacían ni me preguntaron si podría retroceder y yo tampoco pregunté” (Maryuri, comunicación personal, 2 de junio de 2020).

La asesoría, como lo menciona Suart y Ramesh (2018), se convierte en un momento vital para la atención en salud sexual y reproductiva, pues permite despejar dudas por parte de personal entrenado y experto, para que así la mujer, de manera libre, pero sobre todo informada sobre el tipo de intervención a realizar, pueda decidir, puesto que los vacíos de conocimiento generan en las mujeres una elección ciega del método, como lo comenta Leidys, a quien el personal de salud le sugirió la esterilización por su paridad, que después derivó en afecciones psicológicas y la afectación de su proyecto de vida:

“Pues la verdad, pues ya tenía dos hijitos. Yo dije, pues algo definitivo ya para no estar con complicaciones, con el jadell, esas cosas, entonces mejor la operación, yo iba fija por el jadell, pero a mí me hablaron sobre esa cirugía... pues los dos niños son los que me motivan a ya dejar así, ya no puedo hacer nada” (Leidys, comunicación personal, 18 de junio de 2020).

De manera general, se refirió que la asesoría para acceder a la esterilización, incluyó los riesgos del acto quirúrgico, los cuidados postquirúrgicos y seguimientos posteriores. A pesar de que algunos profesionales sí explicaron la realización del procedimiento, en muchas ocasiones la persona que asesora y la persona que realiza el procedimiento no son la misma, como lo comenta Andrea, a quien le habían especificado, que, al no tener hijos, su cirugía sería realizada por laparoscopia y terminó con una laparotomía. Ella argumenta, que al momento de la intervención quirúrgica el trato no fue humanizado por parte de la profesional que brindó la atención, relacionándolo quizás por su nuliparidad, pese a las disposiciones normativas que existen sobre la realización de esterilización, generadas para garantizar la toma de decisiones informadas, autónomas y propias, para la garantía de los derechos reproductivos de las mujeres (Corte Constitucional, 2017) :

“El ginecólogo que me dio a mí la autorización, me explicó que iba a ser un procedimiento poco invasivo donde me iban a hacer unas pequeñas heridas en el ombligo, en la parte baja del abdomen, pero no iba a ser una herida. Con la ginecóloga no cruce palabra hasta el día que ella me opero. El día que tenía la intervención quirúrgica, vino a saludarme y a hablarme el anestesiólogo, yo pensé que era el ginecólogo. Él sí me explico... Cuando vi que llegó una señora, creí que era otra enfermera, pero en ningún momento me explico, ni supe que era un procedimiento invasivo. Cuando me colocaron los campos y empezaron a sonar más cosas de lo normal, yo dije “uyyy, ¿qué pasó acá?”. Pues en el momento, no me di cuenta porque obviamente tenía una venda, estaba retonta, como dormida, adolorida, no sé. Yo me di cuenta fue cuando llegué a la casa, en la noche, me hice la primera limpieza y al día después me di cuenta que los apósitos estaban sangrados, y me vi la herida y yo dije, ¡uy juepucha!, ¿no se suponía que esto iba a ser mínimo? Yo nunca me había hecho una cirugía” (Andrea, comunicación personal, 10 de junio de 2020).



El caso anterior, es una muestra de la instrumentalización de los cuerpos de las mujeres por parte del personal experto, quien, según su parecer, decide la manera más rápida en que puede realizar la intervención, sin tener en cuenta la voz de la usuaria, limitando el ejercicio del derecho de la mujer por cuestiones morales, tabúes personales, causas médicas u otras, haciendo del acceso a la esterilización un proceso tortuoso y doloroso en el cuerpo propio, pese al control y el poder ejercido en el actuar ético, legal y social del profesional de salud (Araujo, 2021). Los casos anteriores, demuestran la ausencia de información frente a procedimientos invasivos que son decisivos en la vida de las mujeres, y cómo se ignoran sus deseos o se deslegitima su decisión, o cómo se les influencia para que demanden la realización del procedimiento, sin tener suficiente conocimiento, lo que demuestra el poder que ejerce el personal de salud sobre las usuarias que acuden a los servicios de salud (Fernández y Pizzi, 2016). Una de las mujeres, quien tuvo atención de parto humanizado con participación del padre, refiere que la esterilización es un método ofertado a mujeres multíparas sin su consentimiento, siendo una práctica común en gineco-obstetricia:

“Al otro día, había una niña de 19 años. ¿porque me sé esta información?, porque el médico gritó a voz populi. Era una mujer de 19 años, tres hijos y él empezó: pomeroy, pomeroy. Ósea, a dedo, le pregunto: ¿usted se va a hacer pomeroy?, ya tiene tres hijos y usted es una gritona. Eso fue lo que le dijo: y, ¡no va a tener más hijos!” (Daniela, comunicación personal, 12 de mayo de 2020).

A pesar de que la experiencia de Daniela no es propia, es un punto de referencia para conocer otras realidades, relacionadas con la imposición del método y cómo la reproducción, se convierte en un derecho cuestionado y vulnerado por quienes tienen la responsabilidad de garantizarlos, siendo vistos por las usuarias como figuras de poder incuestionables (Araujo, 2021).

Con respecto al tipo de procedimiento que se realizó para la esterilización, seis mujeres refirieron que su parto fue atendido por cesárea y, por tanto, la esterilización se realizó de manera simultánea; al restante, que tuvo su parto vía vaginal, al día siguiente se les realizó una incisión tipo Pfannensteil para realizar el procedimiento, siendo esta herida la realizada a la mujer nulípara, que desconocía la realización de tal tipo de intervención, contrario a lo dispuesto por la normatividad y las guías de práctica clínica en salud, frente a la atención en esterilización a mujeres no puérperas, cuya indicación sigue siendo por laparotomía (American College of Obstetrics and Gynecology, 2003). En general, las mujeres con parto vaginal, consideraron que la cesárea debió realizarse para evitar someterlas nuevamente a anestesia y a un nuevo dolor, lo que les hubiera proporcionado una recuperación más pronta y confortable.

Adicionalmente, algunas prácticas no humanizadas tuvieron relación con comentarios durante la atención, que fueron percibidos por las mujeres como agresiones, que les produjo miedo, inseguridad y desconfianza al momento de realizar el procedimiento, tal y como lo comenta Daniela, quien fue persuadida para que no tomara la decisión, desconociendo su autonomía y propiciando desconfianza:

“En el momento en que la auxiliar de enfermería me estaba dando los documentos que tenía que llenar para la cesárea de emergencia, me dijo: pero usted está muy joven,



porque no se espera, después se arrepiente” (Daniela, comunicación personal, 12 de mayo de 2020).

La situación contraria también ocurrió:

“yo tenía pensado el Jadell, entonces la enfermera me dijo, que no, que, si quería que había un pomeroy para no tener más hijos, ya que tenía el niño. Que aprovechara de una vez, para no tener una cirugía más grande. Fue la enfermera que atiende, como para abrir historia” (Leidys, comunicación personal, 18 de junio de 2020).

Por eso para Leidys, la esterilización fue una decisión no tomada por ella, sino aconsejada por la enfermera, quien la programó para la esterilización, sin darle información, coartando su libertad y generando efectos en su salud mental, evidenciados ya que, posterior a la entrevista fue necesario brindar soporte psicológico puesto que se arrepentía de haber aceptado la oferta de tal servicio y consideraba la recanalización como una opción, situaciones que sin duda alguna, como lo relaciona Araujo, es una práctica de ejercicio de poder que limita la autonomía de la mujer y que por el contrario a la generación de beneficio, ocasiona graves daños en la salud mental y reproductiva de la mujer (Araujo, 2021).

Para Paola, madre de cuatro hijos, programada para cesárea para atención de parto gemelar, el miedo provocado de manera no intencional por parte del ginecólogo, al realizar la pregunta durante el procedimiento, aprovechado para realizar la esterilización, fue interpretado como una manera de persuadir su decisión.

“El ginecólogo me preguntaba, si yo estaba segura de quererme operar. Pues, ¡yo ya le había firmado un consentimiento!, yo ya estaba más que segura que me quería operar porque no quería tener más bebés y cuatro es un número grande. ¿porque me pregunta eso en pleno momento de cirugía?, yo con mi barriga abierta, ósea este man... Yo ya había firmado, créame que yo no iba a cambiar de opinión. Es la hora que yo me acuerdo de la cara del señor preguntándome eso, le dije: si doctor, ya habíamos hablado de eso... me generó fue desconfianza realmente, entonces yo le dije: si yo quedo embarazada yo le traigo él bebe, le pongo un moño y felicidades, eres padre” (Paola, comunicación personal, 2 de junio de 2020).

En otros casos, se instiga al cambio de decisión, y se señala por ello a la mujer, como en el caso de Nataly.

“el día de la cirugía, una de las ginecoobstetras, me preguntó, “¿usted es la que va para la cirugía?” y yo, si, “¿cuántos años tiene usted?”, yo en ese momento tenía 23 años y me dijo, “¿te vas a operar?, estas mujeres de Colombia están locas, tan pequeñita y ay operarse” (era extranjera), ¿es que no piensa tener más hijos o qué?, está segura?”, pero así, como para tratar de hacerme cambiar de decisión y se puso como molesta. También la doctora que me llevaba a la cirugía, no sé si era enfermera... me preguntó: “¿está segura de operarse?” y yo, sí. “y si se muere alguno de los hijos que tiene?”, y yo, pues llorar, no voy a reponerlo con otro bebe. Entonces ella me dijo, ahhh sí, está segura”. (Nataly, comunicación personal, 10 de junio de 2020).



Como puede verse, Nataly, por su edad, fue interrogada y persuadida para hacerle desistir de la esterilización, a pesar de tener una paridad satisfecha con sus dos hijos. Esta es una práctica deshumanizada, y perpetuada generalmente, por médicos especialistas (Turner, 2001).

En general, todas las mujeres participantes, refirieron haber accedido a la esterilización impulsadas por el deseo de no tener hijos, o para evitar usar métodos hormonales, por los efectos adversos presentados. La decisión en general, fue tomada de manera individual, sin solicitar autorización de la pareja; por el contrario, en entornos privados, algunos de ellos expresaron un predominio de su masculinidad al aconsejar a sus compañeras la realización de la cirugía para evitar la intervención (Barroso, 1984), constituyéndose en una forma de opresión y violencia ejercida en la mujer. En uno de los casos, el compañero se realizó también la vasectomía; en otro, a pesar de que el hombre deseaba tener más hijos, respeto la decisión de su esposa, lo que se considera un avance importante frente al respeto de la autonomía de la mujer.

“yo con semejante barriga y decidimos que no íbamos a tener más bebés... yo le dije a el que se operara y él dijo que, él se moría completo. Yo dije, si él no se va a operar me toca a mí porque qué más hago yo, me toca operarme... Pienso que fue más decisión propia que en pareja” (Paola, comunicación personal, 2 de junio de 2020).

Es llamativo, que dos mujeres fueron remitidas a psicología y orientación para corroborar la decisión tomada, lo cual puede tomarse como una barrera para la realización del procedimiento, pues a pesar de la decisión tomada, deben convencer a un segundo profesional sobre la misma, yendo en contravía con los requisitos a exigirse para la realización del procedimiento según la normatividad establecida a nivel mundial y nacional (MSPS, 2018).

Un aspecto clave para el respeto de la autonomía tiene que ver con la lectura, explicación y diligenciamiento del consentimiento informado; que es el documento legal con el que la usuaria autoriza la realización del procedimiento. Cuatro de las mujeres refirieron que tal consentimiento fue explicado por el ginecólogo en la consulta anterior a la cirugía, leído por ellas y diligenciado en su momento; una de las participantes refirió que antes de la realización del procedimiento se le entregó a ella y a su esposo, y que les asignaron un tiempo prudencial para su lectura y diligenciamiento. Sin embargo, 7 mujeres refirieron que el consentimiento fue un documento que se suministró para firma antes de la realización del procedimiento y, por tanto, desconocían el contenido del mismo, atentando ello contra la voluntariedad en la toma de decisiones autónomas de las facultades reproductivas, recayendo en la firma de un documento de manera no consciente y desinformada (Turner, 2001).

Existieron, no obstante, algunos miedos asociados y creencias relacionadas con la cirugía, entre los que se destacan la pérdida de efectividad después de diez años, el fallo del método, la recanalización de las trompas considerada como una opción para la mujer que no deseaba realizarse la esterilización, y para Daniela, quien desearía tener una niña, puesto que sus dos hijos son varones. Tales situaciones, confirman los grandes vacíos en la asesoría para acceder a la esterilización, la ausencia en la oferta de métodos de planificación y la imposición de los no reversibles (Sosa y Menkes, 2014).



“Si, la verdad si señora. No sé, pienso mucho a veces como que, me da depresión a veces y eso, por lo que uno está siempre joven. Por el momento no quería tener más hijos, pero más adelante, de pronto” (Leidys, comunicación personal, 18 de junio de 2020).

Pese a los hallazgos encontrados por parte de la investigadora, fue necesario realizar un acompañamiento a las entrevistadas, y asesorarlas para que asistieran a consulta con profesionales de salud mental, como una manera de preservar su salud mental, debido a las afectaciones secundarias a la realización del procedimiento.

## DISCUSIÓN

La esterilización femenina en Colombia ha sido una problemática poco abordada en los estudios en salud, a pesar de las investigaciones y los resultados arrojados por organizaciones nacionales e internacionales (Folch, et al., 2017), quienes muestran su preocupación frente al tema y relacionan tal incremento con la ausencia de información y educación por parte de los servicios de salud (Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2002). Por ello, es relevante que desde la profesión de enfermería se repiense el cuidado que se brinda en materia de salud sexual y reproductiva a aquellas mujeres que se encuentran en edad reproductiva, que, por una u otra razón, han elegido la esterilización como método de planificación familiar, siendo ello responsabilidad dentro del quehacer profesional (UNFPA, MSPS, 2014), así como la adherencia a protocolos y lineamientos para la atención en anticoncepción (MSPS, 2018)..

Este estudio, permitió conocer la experiencia de un grupo de mujeres de la ciudad de Bogotá, frente a la toma de decisiones para realizarse la esterilización femenina, develando la realidad presentada en los servicios de salud, desde la mirada de las usuarias, encontrando grandes falencias a nivel asistencial frente a la ausencia o deficiencia de la asesoría para optar por la regulación de la fecundidad en mujeres que iniciaban algún método, o las que accedieron a la esterilización, siendo corroborado anteriormente por otros estudios (Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2002).

## CONCLUSIÓN

Frente a los resultados de la investigación, considero que desde la profesión de enfermería es importante realizar adherencia cuidadosa a los protocolos propuestos desde los entes gubernamentales (UNFPA y MSPS, 2014), con el fin de garantizar los principios de garantizar la toma de decisiones propias, autónomas e informadas (Corte Constitucional de Colombia, 2016), Según lo referido por las entrevistadas, la esterilización es un método elegido por algunas de las mujeres a pesar de los grandes vacíos del conocimiento, pese la ausencia de asesoría en regulación de la fecundidad por parte del personal de salud, la cual, cuando se es brindada, se realiza con grandes vacíos en la información suministrada para la realización del procedimiento, sin ahondar en derechos sexuales y derechos reproductivos (García, Camargo y Fajardo, 2018); situación que no permite el inicio de la planificación familiar y claro, el uso de métodos de regulación de fecundidad de manera incorrecta, pese a la ausencia de información, alterando los principios de la



asesoría en planificación por parte de las profesionales de enfermería y ginecología, en quienes recae tal acción (Alvarez, 2021).

Es importante destacar dentro de los casos citados, la vulneración de la autonomía frente al procesos de esterilización, pese a la primacía en el desconocimiento sobre riesgos, beneficios, realización del procedimiento quirúrgico, pronósticos y otras alternativas (Fernández y Pizzi, 2016), especialmente en la oferta de métodos de regulación de larga duración como anticonceptivos intrauterinos y subdérmicos con excelente efectividad. Siendo prioritario por parte del personal que realiza la asesoría, analizar de manera minuciosa la toma de decisiones para obtener un consentimiento informado consecuente con lo que la mujer espera del procedimiento, garantizando la gratuidad y el acceso informado (Stuart y Ramesh, 2018), especialmente en las mujeres nulíparas a quienes no se les debe negar el acceso al método, ni violentarla durante el proceso y el acto quirúrgico por su decisión, situación relatada en los resultados del estudio (Congreso de la República, 2010).

En consecuencia, es necesario que el personal de salud sea consciente de la responsabilidad que tiene frente a las usuarias, pese a que la ausencia de información y la vulneración en la autonomía reproductiva, constituye una forma de violencia de género, situación sancionable penalmente, siendo por ende, prioritario la asunción de los deberes morales y jurídicos (Fernández y Pizzi, 2016) como profesionales de salud, según lo consagrado por la ley.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, C. (2021). *Uso y Conocimiento de Métodos Anticonceptivos: Un estudio descriptivo de las características de la fertilidad adolescente en Colombia*. Tesis de Maestría. Santiago: Universidad de Los Andes, 1-38. Recuperado de <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/53573>
- American College of Obstetrics and Gynecology. (2003). Sterilization ACOG technical bulletin No. 222. ACOG, Washington, DC, 1996. 9. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG practice bulletin No. 46, September 2003. *Int J Gynaecol Obstet*, 83(3), 339-50. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14696610/>
- Araujo, J. (2021). Implicaciones biomédicas, bioéticas y biojurídica de la esterilización femenina consentida. Entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 41, 24-42. Recuperado de [https://www.uv.es/gicf/4A1\\_Araujo\\_GICF\\_41.pdf](https://www.uv.es/gicf/4A1_Araujo_GICF_41.pdf)
- Arrate, M., Linares, M., Molina, V., Sánchez, N., & Arias, M. (2013). Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. *MEDISAN*, 17(3), 415-425.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Colombia. Antioquía: Ed. Géminis Ltda, 1-356.
- Cantillo, B. (2016). *Análisis del derecho a la elección libre de la maternidad en el ordenamiento jurídico colombiano*. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de [biancancantillo.2016.pdf](http://biancancantillo.2016.pdf) (unal.edu.co).
- Congreso de la República. (2010). *Ley 1412 de 2010. Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable*, 1-2. Recuperado de [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=40604](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=40604)



- Corte Constitucional de Colombia. (2016). *Sentencia C 182. Requisitos de interdicción y autorización judicial específica para esterilización quirúrgica de personas en situación de discapacidad mental mediante consentimiento sustituto*. Recuperado de C-182-16 Corte Constitucional de Colombia
- Corte Constitucional de Colombia. (2017). *Sentencia T 665. Acción de Tutela par autorización del procedimiento de esterilización quirúrgica a menor de edad en situación de discapacidad*. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-665-17.htm>
- Departamento Nacional de Planeación. (2013). *Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES social 161. Equidad de género para las mujeres*, 23-26. Recuperado de 161.pdf (dnp.gov.co)
- Fernandez, J., & Pizzi, R. (2016). Aspectos ético - legales en la esterilización quirúrgica voluntaria. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 76(3), 196 -202. Recuperado de <http://ve.scielo.org/pdf/og/v76n3/art08.pdf>
- Folch, B., Betstadt, S., Li, D., & Whaley, N. (2017). The Rise of Female Sterilization: A Closer Look at Colombia. *Matern Child Health J*, 21, 1772–1777.
- Garcia, A., Camargo, M., & Fajardo, M. (2018). Calidad técnico científica del cuidado de enfermería en el programa de planificación familiar. *Revista Salud UIS*, 5(1), 47-57. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6790396>
- Lugo, L. (1999). Relatos de la esterilización: entre el acomodo y la resistencia. *Revista de Ciencias Sociales*, 208-226. Recuperado de <https://revistas.upr.edu/index.php/rcs/article/view/6182>
- MacKinnon, C. (1989). *Rape: On Coercion and Consent Toward a feminist theory of the state*. Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado de <http://dcac.du.ac.in/documents/E-Resource/2020/Metrial/24Robinson1.pdf>
- Ministerio de Salud (1993). Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, 1-19. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DII/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Resolución 3280 de 2018. Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación*, 1-348. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
- Morales, H. (2019). *Factores asociados al rechazo de la esterilización quirúrgica femenina en puérperas multíparas atendidas en el departamento de ginecología – obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante un trimestre del 2018 – 2019*. Tesis Maestría. Escuela Profesional de Medicina Humana. Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1875>
- Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2002). *Derechos de las mujeres*, 1-230. Recuperado de Publicaciones - Derechos de la Mujer (hchr.org.co).
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores*, 165-182. Recuperado de [9780978856304\\_spa.pdf;jsessionid=DFFD9CE47BBD6BF9A2D0256EBA0E0468](http://www.who.int/publications/m/item/9780978856304_spa.pdf?jsessionid=DFFD9CE47BBD6BF9A2D0256EBA0E0468) (who.int)
- Profamilia. (2016). *Informe anual de actividades. Datos Básicos para Colombia ENDS 2015*, 10-16. Recuperado de: INFORME PROFAMILIA 2016 VERSION FINAL MARZO 16.cdr
- Sosa, Itzel., Menkes, K. (2015) “‘Como te ven te tratan’: Desigualdades sociales en los espacios de salud reproductiva. Resultados de un estudio de caso en el centro de México”, en Laura Rodríguez y Jhon Antón



Sánchez (comps.), Situación de la población afrodescendiente e indígena en América Latina - puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20. Asociación Latinoamericana de Población. 161-176. Recuperado de [https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/6944/capitulo\\_del\\_libro\\_los\\_nuevos\\_escenarios\\_de\\_la\\_migracion\\_pdf.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/6944/capitulo_del_libro_los_nuevos_escenarios_de_la_migracion_pdf.pdf)

Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*, 10(39), 129-158. Recuperado de: Redalyc.Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México (scielo.org.mx)

Stuart, G., & Ramesh, S. (2018). Esterilización femenina de intervalo. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 117-124.

Thomas F. (2006). Resignificando la maternidad a la luz de los derechos sexuales reproductivos. En Viveros, M. *Saberes Culturas y Derechos Sexuales en Colombia*. Antioquía: Tercer Mundo Editores.

Timoteo, A. (2019). *Uso de redes sociales como fuente de información sobre métodos anticonceptivos en usuarias del servicio de planificación familiar del Centro de salud Madre Teresa de Calcuta, febrero 2019*. Tesis en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10322/Timoteo\\_ia.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10322/Timoteo_ia.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Turner, S. (2001). Los derechos sexuales y reproductivos y su incidencia en la esterilización y procreación asistida. *Rev. Derecho*, 12(2), 207-16. Recuperado de <http://revistas.uach.cl/index.php/revider/article/view/2840>

UNFPA, Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva en la mujer*, 1-318. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>

Villacres, L. (2016). *La asesoría de planificación familiar como factor de adherencia a métodos anticonceptivos entre mujeres adolescentes y adultas que acuden a consulta externa en el Centro de Salud Archidona (Napo - Tena) en el periodo de mayo a junio del 2016*. Tesis de Maestría. Quito: Universidad Central del Ecuador, 1-67. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11764/1/T-UCE-0006-010-2016.pdf>