

La esterilización forzada como violación del consentimiento informado: un estudio sobre su uso como medio anticonceptivo en mujeres durante el parto

Paola Melissa López Rosales

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (México)

1430088f@umich.mx

La perspectiva de género pretende poner sobre la mesa las relaciones de poder que existen entre hombres y mujeres en análisis contextuales y realidades. Se trata de ver el derecho desde una mirada masculina, la cual se ha asumido como universal para la elaboración de leyes y políticas públicas, y modificar el diseño y modelo insertado, para proponerlo igualitario para ambos géneros.

El sistema patriarcal justifica la dominación histórica sobre la mujer en la inferioridad biológica, teniendo su origen en la familia, sobre la cual el hombre ejerce su autoridad, misma que se refleja en la sociedad y que perpetúa el modelo en el ámbito público, político e institucional, reforzando el orden social en la cultura, la religión, la política, la economía, etc., este modelo siempre va a externar la subordinación de las mujeres hacia los hombres, porque las mujeres podrán ejercer poder, pero este es comúnmente dentro del hogar y de una madre sobre los hijos o hijas, Engels y Weber lo proponen como el sistema de dominación más antiguo, esto en su obra *Estado, Familia y Propiedad Privada*.

Es tal el dominio del hombre que “lo ejerce a través de la violencia sexual contra la mujer, institucionalizada y promovida a través de las instituciones de la familia y el Estado. Todo sistema de dominación requiere de la fuerza y el temor para mantener y reproducir los privilegios de aquellos que dominan. Dicha violencia se instala en los cuerpos de las mujeres quienes quedan sujetas al control sexual y reproductivo de los varones” (Camacho, 1997).

Del párrafo anterior nace la presente investigación, “...la violencia se instala en los cuerpos de las mujeres quienes quedan sujetas al control sexual y reproductivo...”, y es cierto, la religión a través de su dominación a lo largo de la historia de la humanidad, se ha metido en el ámbito de la reproducción y el placer sexual femenino protegiendo el honor de los hombres a través de costumbres, como lo fue y en algunas culturas sigue siendo, el cinturón de castidad, la muerte a mujeres adúlteras, el abuso y maltrato sexual, los matrimonios arreglados, la mutilación genital, la muerte de mujeres en la hoguera a causa de su independencia sexual o por viudez, el dar a luz continuamente y desde temprana edad con la idea de que son los hijos que un Dios supremo te manda, es violencia hacia los cuerpos de las mujeres y justifica el placer sexual del hombre, es una complicidad entre religión y patriarcado.

Era claro que desde la antigüedad las mujeres necesitaban tener control sobre sus cuerpos, tenían que equilibrar en su vida, los placeres del hombre, la comida, la casa, la crianza de los

hijos y trabajos para el sostenimiento de la familia y la economía familiar⁷, y para ello lo recomendable era no procrear más hijos, se requería tener placer sexual sin concebir, o al menos este era el deseo de las mujeres, porque a los hombres les bastaba con satisfacer sus necesidades sexuales sin tener conciencia de un embarazo o una enfermedad.

La anticoncepción es un control de natalidad y se tiene registro de esta práctica desde el año 1850 antes de Cristo en el Papiro de Petri y el Papiro de Ebers (Dias, 1995), en ellos se contienen remedios y recetas para evitar la preñez. El coito interrumpido o *coitus interruptus* es el método y tradición más antigua que hasta la fecha se practica, no es eficaz, pero algunas culturas y religiones lo permiten⁸, así como la abstinencia periódica. En la cultura griega, Aristóteles estaba a favor del control de natalidad al mencionar que admitía el aborto y además estaba a favor de fijar legalmente el número de hijos (Lugones, et. al. 1993). Hipócrates hacía prácticas en las que insertaba un tubo de plomo en la vagina con remedios para evitar la descendencia (Lugones, et. al. 1993). En tribus africanas se untaban ácido tánico (presente en cortezas de árboles) y remedios de origen natural en la vagina antes de tener relaciones sexuales, el empleo de plantas para la regulación de la fecundidad, así como sistemas medicinales tradicionales, la botánica, todas ellas prácticas que aún siguen vigentes. En Roma, en el siglo II después de Cristo, el médico Sorano de Éfeso escribió sobre la anticoncepción, analizó la teoría de los “días fértiles” de Hipócrates y propone en su texto: “cuidado con mantener relaciones sexuales en los periodos más propicios para la fecundación y evitar el sexo durante los días siguientes a la menstruación” (Tostado, 2016); también menciona la diferencia entre anticonceptivo y abortivo, refiriéndose a la primera como a aquella que evita la concepción, y la segunda a aquella que destruye lo concebido.

Como bien se ha presentado, todos y cada uno de los métodos utilizados para el control de la natalidad, antes de Cristo y hasta tres cuartas partes del milenio pasado, han sido invadiendo el cuerpo de las mujeres, introduciendo artefactos, remedios o ungüentos, en sus órganos íntimos, o bien con la toma de algún té o medicamento que pudiera alterar su sistema hormonal para evitar un embarazo, o en una práctica menos eficaz, interrumpir el coito a la hora del orgasmo masculino, y así seguir perpetuando la utilización de nuestros cuerpos para su satisfacción. El único método de empleo masculino del que se tiene registro en esas épocas, es el descrito por el anatomista Gabriel Falopio (Pérez, 2011), el cual propuso utilizar en el pene una vaina de lino, la cual protegía al hombre de no ser contagiado de sífilis, una enfermedad transmitida vía sexual, brote que fue muy común en la Edad Media y el Renacimiento a causa de la falta de higiene personal y la promiscuidad; este método no fue creado con la intención de llevar un control de natalidad en los hombres, sino, de evitar en él enfermedades sexuales. También solían utilizar tripas y otros órganos de animales en el pene con el mismo fin.

Si bien, hay que reconocer que existen conductas patriarcales en el control de la natalidad, el rol de las mujeres esta históricamente predeterminado y condicionado por su capacidad

⁷ En una familia de clase media a alta

⁸ En el Hadith se menciona el *coitus interruptus* sin condenarlo y en las escrituras del *Santo Profeta*, posteriores al *Corán*, esta encomiado con las siguientes palabras: “Si esta práctica hubiera sido perjudicial, habría dañado a los romanos y a los persas”. Sin embargo, el *Profeta* prohibió su uso si la mujer no consentía practicarlo y en ciertas sociedades orientales no se utiliza tanto como en las cristianas o islámicas.

En referencias bíblicas, la historia de la anticoncepción tiene su referencia en un pasaje del Génesis, capítulo 38: “Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano...”

de concebir y en consecuencia por la habilidad necesaria y primitiva de criar a aquello que ha concebido, sin considerar las posibilidades de otros roles orgánicos que pertenecen con independencia de la capacidad reproductiva.

De manera que la sujeción social radicada en su comisión biológica de reproducirse le atribuye la responsabilidad primaria de conducirse absuelta de la modificación de las reglas patriarcales nominadas de moral y amor al prójimo en los libelos de crianza y atención familiar. De lo contrario, si las intenciones en una pareja no contemplan la descendencia, la mujer debe postergar o anular la planificación familiar de la misma, e incluso acudir a la intervención de su cuerpo para aumentar, reducir o exterminar las posibilidades de reproducirse, aún sin importar las secuelas médicas que en ella repercute.

Ahora bien, la autonomía de la mujer es adoptada en las políticas de los Estados como una forma estratégica de acompañar las demandas sociales que el género ha ido aglomerando en las últimas décadas, es justamente con políticas que natalidad, que en un primer momento datan del acceso a los métodos de planificación familiar como una opción de reproducción controlada y responsable, pero sin atender el proyecto de vida, sino tan solo la viabilidad costo-beneficio de reproducción y crianza.

Estas políticas de cobertura universal a los medios de control de natalidad han ido incorporando temas de educación sexual integral en las unidades de atención médica, así como en campañas escolares y espacios públicos con el objetivo primordial de que la mujer y el hombre conozcan las opciones y formas de uso de los métodos anticonceptivos.

La discusión elemental de estas políticas públicas en materia sanitaria radica en la feminización preponderante de toda acción, es decir, la educación sexual se centra en la reproducción en el cuerpo de la mujer, el reconocimiento de los métodos anticonceptivos mayormente la intervención dentro de la mujer, aún en la toma del preservativo del condón, es el masculino al que tienen en igual medida acceso hombres y mujeres; asumiendo para este último escenario que la mujer es equitativamente responsable en el uso del condón masculino.

En estas políticas subyace la cualidad de la mujer en su posesión o carencia de ser -maternales- lo que se traduce en la capacidad de cuidar, transmitir y potenciar los idearios sociales de productividad y funcionalidad pública y privada cualesquiera que sean sus contextos culturales. Para lo cual, la idea de la funcionalidad maternal en la mujer es asunto de examinación en aquellos que no forman parte del asunto reproductivo, también lo es por parte de lxs agentes de atención médica que intervienen en el cuidado prenatal y en la labor de parto y atención poshospitalaria.

No obstante, lxs agentes sanitarixs en situaciones que comprenden la cuestión reproductiva, deben tener acceso a un protocolo que les exima de intervenir a voluntad sobre el proyecto de vida que la mujer haya determinado para sí, además claro está, de respetar la salud integral que se puede ver comprometida por parte ante una intervención médica.

Por ello, se tiene como antecedente de esta investigación, que las mujeres en su función reproductiva asumen la responsabilidad casi absoluta de las decisiones y consecuencias de reproducirse, tengan o no las herramientas de afianzamiento y el desarrollo autonómico de su cuerpo, y es por ello que las políticas sanitarias de Estado han ido permitiendo no solo al acceso sino la imposición de medidas de planificación familiar sobre los cuerpos de la mujer, mientras que la de los hombres son cuestionados e intervenidos en un rango inferior bastante diferenciado.

Contexto histórico y prevalencia de la esterilización forzada

La esterilización forzada tiene una historia larga y profundamente arraigada, con ejemplos que se remontan a principios del siglo XX en países como Canadá, Suecia y Estados Unidos. El movimiento eugenésico jugó un papel importante en la promoción de la esterilización forzada como medio para mejorar la calidad genética de la población. En los Estados Unidos de la década de 1970 se llevaron a cabo esterilizaciones financiadas con fondos federales, y las esterilizaciones se utilizaron como táctica para devaluar sistemáticamente el valor social de las mujeres negras. El uso de la esterilización permitió la explotación continua de las capacidades reproductivas de las mujeres negras. En la actualidad, en Estados Unidos se practica la esterilización coercitiva de personas transgénero. La esterilización involuntaria todavía se practica comúnmente en todo el mundo y se ha utilizado como herramienta de opresión contra grupos marginados, incluidas personas con discapacidad, pueblos indígenas y personas de color (Glober, 2021; Ottenheimer et al., 2022). En los Estados Unidos, las evaluaciones médicas forenses pueden ser útiles para documentar casos de esterilización involuntaria, y la esterilización forzada puede ser motivo de asilo (Ottenheimer et al., 2022). Un estudio analizó las declaraciones juradas personales y médicas de 14 mujeres de cuatro países latinoamericanos que reportaron haber sido esterilizadas involuntariamente, revelando que el 86% de las mujeres fueron esterilizadas al momento del parto. Además, el 64% de las mujeres informaron que su “consentimiento” fue coaccionado, mientras que el resto desconocía haber sido esterilizadas (Ottenheimer et al., 2022). Como resultado, muchos sobrevivientes de la esterilización forzada todavía hoy buscan justicia y reparaciones, y existe un movimiento creciente para abordar esta injusticia histórica (Glober, 2021).

La esterilización forzada se ha practicado en varios países del mundo. En África, la prevalencia de la esterilización involuntaria o forzada es motivo de preocupación, como lo destacaron las Naciones Unidas en 2013 (Durojaye, 2018). En Canadá, la esterilización forzada de mujeres indígenas ha sido documentada y se considera una violación de los derechos humanos (Rasmussen, 2014). De manera similar, las prácticas históricas de esterilización forzada de las mujeres negras se explican dentro del contexto de las teorías feministas marxistas con el fin de proporcionar una comprensión integral del tema (Glover, 2021). Por el contrario, los países donde no se practica la esterilización obligatoria, como en Europa, todavía han visto casos de esterilización coercitiva o involuntaria, particularmente entre mujeres de minorías (Widdows et al., 2006). En América del Norte, la esterilización forzada o coaccionada a menudo se considera una cosa del pasado, pero todavía ocurre en las comunidades indígenas debido al racismo y el estigma (Ryan et al., 2011). La prevalencia de la esterilización forzada deja claro que esta práctica es una violación de los derechos humanos y destaca la necesidad de esfuerzos continuos para abordar y prevenir tales abusos.

La esterilización forzada es el delito de esterilidad provocada a una persona que sin su consentimiento le realicen procedimientos quirúrgicos, químicos o de cualquier otra índole para hacer a una persona estéril. Este delito se encuentra tipificado por el derecho internacional en los códigos penales, esto a partir de su reconocimiento como crimen de guerra en los juicios de Núremberg en 1945, tras la Segunda Guerra Mundial. En México se imponen penas de entre cuatro a siete años de prisión, acompañado de una multa de 70 días (UMA) y la reparación del daño y perjuicio ocasionado, así como de la suspensión del empleo o profesión de manera temporal o definitiva. Dicho procedimiento viola los derechos humanos de la salud, igualdad, no discriminación y la vida privada (autonomía reproductiva), la práctica infringe pactos internacionales y constituye una violación a la

prohibición de la tortura. Al cometerse como un acto sistemático o generalizado contra la población civil, constituye un acto de lesa humanidad.

¿Qué tan común fue la esterilización forzada como método anticonceptivo en las mujeres durante el parto?

La esterilización forzada tiene una historia importante en la práctica médica, particularmente dentro de las comunidades marginadas. La prevalencia de la esterilización involuntaria o forzada en África sigue siendo una preocupación en los tiempos modernos (Durojaye, 2018). Sin embargo, esta práctica no se limita a África; históricamente también ha ocurrido en América del Norte (Ryan et al., 2021). En el pasado, se encontró que las mujeres con antecedentes de esterilización involuntaria que buscaban anticonceptivos tenían una mayor prevalencia de esterilización involuntaria (Ottenheimer et al., 2022). Esta práctica puede contextualizarse dentro de la historia de la eugenesia, que se asoció con la política nazi durante la Segunda Guerra Mundial y luego llegó a ser vista con sospecha por los estadounidenses (O'Sullivan, 2026). La esterilización forzada también se ha asociado con la violencia obstétrica a lo largo de la historia, particularmente dentro de las comunidades indígenas de Canadá, donde se utilizó como medio de control y asimilación de la población (Rasmussen, 2014). La prevalencia de faltas de respeto y abusos durante el parto en países como Ghana, Tanzania y Nigeria sugiere que esta práctica aún puede existir de alguna forma en la actualidad (O'Brien y Rich, 2022). Las teorías feministas marxistas proporcionan un contexto para comprender las prácticas históricas de esterilización forzada de las mujeres negras, destacando la naturaleza interseccional de los derechos reproductivos y la justicia social (Glover, 2021). A pesar de la creciente conciencia sobre las implicaciones de la esterilización forzada para los derechos humanos, sigue siendo una práctica que ocurre en algunas partes del mundo y tiene importantes impactos históricos y contemporáneos en las comunidades marginadas.

La historia nos muestra que existieron muchas políticas coercitivas y violentas, en materia de esterilización forzada, implementadas por los gobiernos para fines demográficos, principalmente en mujeres; como la implementada en China con la política del "Hijo Único", establecida en 1979 con una duración de 36 años, periodo en el que el gobierno liderado por Deng Xiaoping, diseñó un sistema de premios y sanciones, en donde la pareja que elegía tener un solo hijo era premiada con beneficios económicos y sociales, y quienes incumplían este decreto, enfrentaban multas elevadas y cárcel. Se fomentó la esterilización forzada en mujeres al dar a luz al primer hijo, esto cuando las mujeres daban a luz en centros de salud, además de que el primer hijo era el único que se registraba y se reconocía como ciudadano Chino; pero si una mujer daba a luz en su casa o a escondidas, si el primer hijo nacido era de sexo mujer, comúnmente era tirada en basureros de mercados aun estando vivas, o vendidas a casas hogar, creando con esto una red de trata infantil a nivel mundial; esto por ser un país con costumbres arraigadas y obsoletas en las cuales preferían tener y conservar al primer hijo si nacía varón.

Las esterilizaciones forzadas suelen llevarse a cabo durante el trabajo de parto. Un documental de la BBC realizado en Asia Central, Uzbekistán, una dictadura liderada por Islam Karimov, hizo públicas las declaraciones de mujeres que sufrieron dichas prácticas, sacando a la luz el programa que obligaba a los médicos a extirpar el útero de las mujeres, sin ser informadas de la intervención, y realizándolo mientras ellas acudían por labor de parto o a revisión rutinaria, diciendo claro que era necesaria la intervención. Todo esto por

cuotas que debían cumplir los médicos para frenar la tasa de fertilidad, pudiendo intervenir aproximadamente a 5 mujeres por mes.

En Perú, durante la época de los 90's y bajo el liderazgo de Alberto Fujimori, se creó el programa de control de natalidad basada en discriminación y racismo llamado "Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria", en donde las cifras del Ministerio de Salud arrojan que aproximadamente más de 270 mil mujeres y 22 mil hombres fueron sometidos a esterilización, en su mayoría fue población indígena de la comunidad Quechua, la cual en su mayoría no entendía el proceso al que era sometido debido a la lengua originaria de esta comunidad; además de haber otros grupos en situación de pobreza que fueron sometidos forzosamente a esta práctica, sin consentimiento. Dicho programa fue implementado con la finalidad de reducir las tasas de natalidad en sectores de escasos recursos, así como combatir la pobreza. El gobierno peruano afirmó que el procedimiento fue voluntario, pero hombres y mujeres que alzaron la voz comentaron que los procedimientos fueron forzados, con engaños chantajes y acoso para realizarse la operación. Aquí también se solicitaban cuotas, y se habilitaron hospitales ambulantes, y cuando el material quirúrgico escaseaba las intervenciones eran hechas sin las medidas necesarias de higiene; mujeres afirman haber sido sometidas estando consientes y sintiendo dolor. Se tiene testimonio de familiares que, mujeres murieron por esta práctica, al no haber cuidados post operatorios por parte del sector salud del Estado.

Cuestiones éticas en torno a la esterilización forzada

La esterilización forzada plantea importantes cuestiones éticas relacionadas con el consentimiento, la autonomía corporal y la justicia reproductiva (Ryan et al., 2021). La historia de la eugenesia, un movimiento que tenía como objetivo eliminar rasgos indeseables entre las minorías raciales y étnicas, ha contribuido a la esterilización forzada. Si bien los programas de esterilización forzosa respaldados por el estado han terminado, las mujeres encarceladas todavía son vulnerables al abuso de la esterilización (Fofana, 2020).

Las cuestiones éticas que rodean la esterilización forzada se cruzan con cuestiones de racismo, xenofobia y encarcelamiento (Fofana, 2020). Falta acción gubernamental a pesar de que más de 100 mujeres indígenas han denunciado haber sido forzadas o coaccionadas a someterse a procedimientos de esterilización en Canadá entre 2015 y 2019 (Ryan et al., 2021). Los nazis encontraron apoyo para su ley de esterilización en Estados Unidos y otros países occidentales. Esta ley estaba destinada a esterilizar involuntariamente a personas con enfermedades genéticas. En 1934, el gobierno nazi aprobó la Ley de Esterilización para la Prevención de Descendencia Genéticamente Enferma (Artal y Rubinfeld, 2017).

La esterilización forzada es una violación de la dignidad humana y la ética profesional. Recientemente, un equipo de investigación se propuso recopilar y sintetizar recomendaciones formuladas en respuesta a casos de esterilización forzada o coaccionada de mujeres indígenas en Canadá. El análisis temático de 162 recomendaciones de cuatro fuentes seleccionadas reveló siete temas, incluida la legislación y las políticas, la criminalización y la investigación, que representan áreas donde se requiere una acción gubernamental inmediata (Ryan et al., 2021).}

¿Es la esterilización forzada una violación de los derechos humanos?

La esterilización forzada es una clara violación de los derechos humanos, pero se ha practicado en varios países, incluidos Estados Unidos, China, Perú, México y Canadá. En Estados Unidos, se promulgaron leyes de esterilización involuntaria en veintiocho estados, y la primera esterilización involuntaria se realizó en 1907 (Artal y Rubinfeld, 2017). Recientemente se ha informado sobre la cuestión de la esterilización forzada de mujeres, que plantea preocupaciones éticas y va en contra de los principios de la dignidad humana y la ética profesional (Fofana, 2020).

Aunque la esterilización forzada o coaccionada de mujeres indígenas viola la ética médica, no es explícitamente ilegal en Canadá, ya que falta legislación para prevenir tales prácticas (Ryan, 2021). La cuestión de las esterilizaciones no deseadas requiere una comprensión de las creencias éticas de muchos profesionales médicos, así como de las actitudes culturales que conducen a tales prácticas (Hernández, 1976). La Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas aborda específicamente la cuestión de la esterilización involuntaria/forzada, reconociéndola como una violación de los derechos humanos (Durojaya, 2018). Además, un estatuto de Virginia que autorizaba la esterilización involuntaria de personas “débiles mentales” fue impugnado ante los tribunales, destacando la necesidad de proteger a las personas de tales prácticas poco éticas e inconstitucionales (Berry, 1998). A la luz de estas preocupaciones, es crucial reconocer que la esterilización forzada es una grave violación de los derechos humanos que debe condenarse y prevenirse por todos los medios necesarios.

¿Cuál es el papel del consentimiento informado en la esterilización forzada?

El consentimiento informado es un componente vital de la ética médica y la práctica de la esterilización forzada plantea varias preocupaciones éticas. El contexto histórico de la esterilización forzada en los EE. UU. y otros países occidentales revela que en algún momento existieron leyes de esterilización involuntaria en 28 estados americanos (Artal y Rubinfeld, 2017). Aunque la esterilización forzada o coaccionada no es explícitamente ilegal en Canadá, viola claramente la ética médica (Ryan et al., 2021).

Los recientes casos de esterilización forzada de mujeres resaltan la necesidad de respetar la dignidad humana y la ética profesional (Fofana, 2020). Sin una comprensión de las actitudes y creencias éticas de los médicos, es difícil abordar la cuestión de las esterilizaciones no deseadas (Hernández, 1976). Además, la cuestión de la esterilización involuntaria o forzada ha sido abordada por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, lo que subraya la gravedad del asunto (Durojaya, 2018). En 1927, una joven llamada Carrie Buck impugnó un estatuto de esterilización involuntaria de Virginia que autorizaba la esterilización involuntaria de personas “débiles mentales”. Este caso destaca las cuestiones éticas que rodean la esterilización involuntaria y plantea interrogantes sobre los derechos de las personas a tomar decisiones respecto a su salud reproductiva (Berry, 1998). Estas preocupaciones éticas se ven agravadas por los factores culturales que históricamente han sancionado la práctica de esterilizaciones forzadas (Park y Radford, 2010). Es esencial reconocer la importancia del consentimiento informado en la práctica médica y garantizar que las personas tengan la capacidad de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y su salud reproductiva (Diekema, 2003).

Impacto de la esterilización forzada en la salud de las mujeres

La esterilización forzada es una grave violación de los derechos humanos que tiene consecuencias para la salud física y psicológica tanto a corto como a largo plazo. Las complicaciones físicas a corto plazo pueden incluir infección y hemorragia, mientras que las complicaciones a largo plazo pueden provocar dolor crónico, irregularidades menstruales y menopausia precoz (Clarke, 2021). Sin embargo, los impactos psicológicos de la esterilización forzada son igualmente significativos, particularmente para las mujeres indígenas. La esterilización forzada puede provocar sentimientos de violación, pérdida de control y trauma, que pueden tener efectos duraderos en la salud mental (Clarke, 2021).

Las mujeres indígenas han informado que sus proveedores de atención médica las obligaron a someterse a procedimientos de ligadura de trompas, lo que es una clara violación de su derecho a la autonomía reproductiva. Además, la esterilización forzada es considerada una forma de tortura y genocidio por el Código Penal de Canadá y las Naciones Unidas. El impacto de las políticas guiadas por la eugenesia en la atención sanitaria reproductiva de las mujeres indígenas puede ser duradero y afectar a las generaciones venideras (Clarke, 2021). Las chicanas también han sido sometidas a esterilización forzada, lo que las ha privado de su derecho a procrear. Los valores culturales de las chicanas otorgan gran importancia al matrimonio como medio para tener y criar hijos, lo que hace que la esterilización forzada sea un problema grave que merece atención (Hernández, 1976). Por lo tanto, es crucial reconocer el importante daño físico y psicológico causado por la esterilización forzada y tomar medidas para prevenir esta violación de los derechos humanos.

La esterilización forzada puede tener un profundo impacto en la salud física y mental de una mujer, así como en su capacidad de tener hijos en el futuro (Cepko, 1993). Las víctimas de esterilización forzada o coaccionada a menudo quedan vulnerables, sin poder, oportunidad o capacidad para tomar decisiones autónomas sobre sus propios cuerpos (Essack y Strode, 2012). Las investigaciones han documentado el impacto a largo plazo del abuso de la esterilización, incluidas las esterilizaciones involuntarias que obligan a las mujeres a someterse a esterilización sin su consentimiento (Strode et al., 2012). Esto es particularmente cierto en el caso de las mujeres con discapacidad intelectual, a quienes a menudo se las consideraba incapaces de tomar sus propias decisiones reproductivas. En algunos casos, la esterilización forzada incluso se justificó como un medio para liberar a las mujeres de las instituciones y permitirles vivir de forma independiente sin temor al embarazo (Reilly, 2015).

Las mujeres que viven con el VIH también tienen más probabilidades de sufrir esterilizaciones forzadas y coaccionadas, en comparación con aquellas que no tienen el virus. Un estudio que examinó los efectos físicos de la esterilización encontró que, si bien el procedimiento puede no tener efectos secundarios físicos significativos, puede tener efectos psicológicos a largo plazo en la paciente (Bakare y Gentz, 2020). Las mujeres indígenas también se han visto afectadas de manera desproporcionada por la esterilización forzada, y hay un historial de políticas de este tipo que tienen un impacto continuo en sus derechos reproductivos (Cepko, 1993).

La campaña de esterilización forzada de 1975-76 llevada a cabo por el gobierno de Indira Gandhi en la India tuvo un impacto significativo en las mujeres, y la exposición a la campaña provocó efectos psicológicos negativos a nivel de distrito (Prasad, 2022). Las organizaciones de salud de las mujeres enfatizan la importancia del consentimiento informado y el asesoramiento para quienes consideran la esterilización, debido a los

posibles efectos psicológicos a largo plazo del procedimiento (Nair, 2017). Desafortunadamente, las mujeres pobres a menudo fueron clasificadas para la esterilización sin consulta, lo que llevó a una falta de autonomía para tomar sus propias decisiones reproductivas (Artal y Rubinfeld, 2017).

La esterilización forzada tiene importantes implicaciones sociales y psicológicas para el individuo y la sociedad en general. El procedimiento afecta negativamente a la salud de la mujer, su capacidad de procrear, su bienestar físico y sus perspectivas futuras de matrimonio y planificación familiar (Cepko, 1993). El impacto de la esterilización forzada o coaccionada puede enmarcarse en términos de vulnerabilidad, el poder, la oportunidad o la capacidad, o la falta de ella, para tomar decisiones autónomas con respecto a la salud reproductiva (Essack y Strode, 2012).

Los estudios muestran que el impacto a largo plazo del abuso de la esterilización en las mujeres ha sido devastador, documentado en casos en los que las mujeres fueron obligadas a someterse a esterilización contra su voluntad o sin su consentimiento informado (Strode et al., 2012).

La historia de las políticas de esterilización forzada y cómo continúan afectando a las mujeres indígenas es un tema que aún se sigue investigando, debido a que mujeres han muerto alrededor del mundo por estas prácticas. Las organizaciones de salud de mujeres enfatizan los efectos físicos y psicológicos de la esterilización forzada en las pacientes. La práctica médica moderna asigna un límite a la esterilización en la tercera cesárea para evitar procedimientos innecesarios y violaciones de los derechos reproductivos, si bien, es lo que se debería de hacer, la praxis testimonial indica que mujeres menores de edad, que solo han tenido un hijo, o que van por otras cuestiones de salud, han sido víctimas de esterilización sin su consentimiento, o bien sea con una operación practicando la salpingo o la OTB, o bien implantándoles el DIU si su consentimiento (Hernández 1976; Nair, 2017).

Respuestas legales y políticas a la esterilización forzada

Se han establecido leyes y políticas internacionales y nacionales para prohibir la esterilización forzada; el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales prohíbe la esterilización forzada según el derecho internacional (Albert y Szilvasi, 2017). El Convenio Europeo de Derechos Humanos también reconoce la esterilización forzada como una violación del derecho al respeto de la vida privada y familiar (Albert y Szilvasi, 2017). A pesar de la prohibición explícita de la esterilización forzada en la República Checa desde 1991, todavía se han informado casos de este tipo de esterilizaciones (Albert y Szilvasi, 2017).

Las obligaciones éticas y los corolarios legales también prohíben la esterilización forzada. La esterilización forzada implica inducir el consentimiento a la esterilización mediante beneficio o amenaza, mientras que la esterilización involuntaria se realiza sin el conocimiento o contra la voluntad de la persona afectada (Albert y Szilvasi, 2017). Se han implementado políticas de esterilización forzada en varios países, incluidos Europa y Estados Unidos, sin embargo, la promoción nacional e internacional ha creado una plataforma para que las mujeres perjudicadas por la esterilización y la sociedad civil unan fuerzas y presionen a los estados. Austria, Alemania, Suecia, Noruega y Suiza han asumido la responsabilidad de estas políticas y han promulgado remedios especiales para las víctimas.

Los estados americanos de Carolina del Norte y Virginia también han promulgado leyes para las víctimas de esterilización forzada, los trabajadores sociales han obligado a firmar mediante incentivos o amenazas, lo que constituye una violación de la ley y de las políticas relacionadas con la esterilización (Albert y Szilvasi, 2017). Se prescribieron los derechos de las personas que buscaban la esterilización y se requirió el consentimiento explícito por escrito.

En los casos de esterilización coercitiva o forzada de mujeres romaníes en la República Checa y Eslovaquia, el TEDH los ha considerado violaciones graves de derechos humanos. Sin embargo, la respuesta del gobierno eslovaco sólo ha reconocido “fracasos individuales” y se ha negado a introducir medidas de compensación directa. Hasta el momento, las sentencias del TEDH no han encontrado discriminación étnica o injusticia interseccional contra estas mujeres (Albert y Szilvasi, 2017). En Eslovaquia, en 2003 se publicó el informe *Cuerpo y alma* elaborado por el Centro de Derechos Civiles y Humanos Poradna y el Centro de Derechos Reproductivos (CRR) sobre la esterilización involuntaria de mujeres romaníes (Albert y Szilvasi, 2017).

Si bien el texto proporciona amplia información sobre las leyes y políticas que rodean el consentimiento informado en medicina y la esterilización anticonceptiva, falta información sobre cómo se hacen cumplir estas políticas. La política de consentimiento informado se ha fortalecido a nivel mundial debido a la defensa de los derechos humanos, con contribuciones del Código de Nuremberg, la Declaración de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos y las Directrices de la FIGO; sin embargo, cuando se trata de hacer cumplir la ley, las instalaciones locales serían las entidades a las que se demandaría. No está claro a quién demandar en caso de que las instalaciones ya no existan, lo que plantea un desafío importante a la hora de buscar reparación legal para las víctimas de esterilización forzada.

La República Checa, por ejemplo, se ha mostrado renuente a tomar medidas para reparar a las personas que sufrieron daños, aunque un tribunal concedió una indemnización a una demandante romaní que fue esterilizada por la fuerza, la sentencia fue anulada debido al plazo de prescripción. Además, las investigaciones policiales se vieron obstaculizadas por el plazo de prescripción y el gobierno ha rechazado proyectos de ley que proponían asistencia jurídica gratuita e indemnización para las víctimas de esterilización forzada sin explicación (Albert y Szilvasi, 2017).

Es preocupante la insensibilidad del Estado checo ante el hecho de que la protección jurídica sigue siendo inaccesible para los miembros de grupos vulnerables, incluidas las víctimas de abusos contra los derechos humanos. Las leyes y políticas se redactaron de manera que ocultaran cualquier intención discriminatoria; sin embargo, atacar activamente a las mujeres romaníes fue parte de la política demográfica impulsada por la preocupación eugenésica del estado por la salud pública. La lista de indicaciones médicas para la esterilización incluía un indicador “social” y en ocasiones incluía el “origen gitano” como indicación de esterilización (Albert y Szilvasi, 2017). En un caso, se ordenó a un hospital que se disculpaba en un caso de esterilización, mientras que en otro, una demandante llegó a un acuerdo con el hospital por daños y costas judiciales.

Existen importantes lagunas en el marco legal y político en materia de restitución para las víctimas de esterilización involuntaria, particularmente en el caso de las mujeres romaníes. Los litigios han resultado poco satisfactorios para ofrecer restitución a un gran número de víctimas. En 2015, la cuestión de la esterilización forzada y coercitiva de las mujeres romaníes se debatió en una conferencia celebrada por la OSCE/OIDDH en Praga. El proyecto de ley sobre reparaciones por la esterilización involuntaria de mujeres romaníes fue una

preocupación para el Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (Albert y Szilvasi, 2017). Sin embargo, el texto no proporciona ninguna información sobre las lagunas en el marco legal y político relacionado con el tema.

La República Checa enfrentó críticas de varias organizaciones e individuos internacionales por la cuestión de la esterilización involuntaria de las mujeres romaníes. El gobierno afirma que se pueden condonar las tasas judiciales, se puede proporcionar representación legal y las ONG pueden soportar la carga financiera de los demandantes. El primer ministro recomendó que las mujeres que habían sido perjudicadas demandaran a los centros de salud, pero el gobierno checo rechazó el proyecto de ley de compensación para las mujeres romaníes que fueron esterilizadas sin consentimiento. El gobierno no estableció un mecanismo de compensación debido a dificultades para evaluar casos individuales y falta de documentación médica. Sin embargo, el Estado supuestamente está a punto de proporcionar un sistema de asistencia jurídica gratuita para abordar posibles obstáculos (Albert y Szilvasi, 2017). Está claro que falta el marco legal y político actual en materia de restitución por esterilización involuntaria en la República Checa, y es necesario establecer políticas más integrales para garantizar justicia para las víctimas.

Recomendaciones para prevenir la esterilización forzada

La esterilización forzada y coaccionada de mujeres y otras poblaciones marginadas es un problema importante y de larga data en todo el mundo, los litigantes, las organizaciones no gubernamentales y los funcionarios judiciales deben tener en cuenta las reclamaciones que presentan y las soluciones que ofrecen, lo que conducirá a una mejor erradicación de la práctica. Es esencial reconocer la esterilización forzada y coaccionada de las mujeres como una violación de la prohibición de la discriminación.

Desafortunadamente, varios países han aprobado leyes que autorizan la esterilización forzada o coaccionada de aquellos que consideran no aptos para procrear. En Estados Unidos, más de la mitad de los 50 estados han aprobado leyes que permiten la esterilización de poblaciones específicas, como aquellas diagnosticadas con una enfermedad mental, personas discapacitadas, delincuentes, nativos americanos, afroamericanos y personas con enfermedades específicas como la epilepsia.

Para prevenir la esterilización forzada, se pueden tomar varias medidas, en primer lugar, países como la República Eslovaca deberían establecer mecanismos independientes para investigar las denuncias de esterilización forzada y proporcionar reparación a las víctimas; en segundo lugar, se debe proporcionar al personal médico una formación eficaz sobre los procedimientos de consentimiento informado y las consecuencias de la esterilización; en tercer lugar, se deben adoptar medidas legales para tipificar como delito la esterilización forzada y garantizar la rendición de cuentas de quienes perpetran tales actos; en cuarto lugar, las mujeres analfabetas o que no hablan el idioma local deben recibir servicios de interpretación y asistencia jurídica para comprender plenamente el proceso de consentimiento informado; y por último, se deben llevar a cabo campañas de sensibilización para informar al público sobre las implicaciones de la esterilización forzada para los derechos humanos y la importancia del consentimiento informado.

También se pueden utilizar estrategias de promoción para prevenir la esterilización forzada y bajo coerción, involucrar a los medios de comunicación también puede ser una medida eficaz para prevenir la esterilización forzada. Siempre se debe obtener el consentimiento adecuado antes de realizar procedimientos de esterilización, y los pacientes que han

rechazado los tratamientos médicos recomendados no deben ser obligados a someterse a dichos procedimientos. Los tribunales de derechos humanos han condenado las esterilizaciones médicamente dirigidas de personas incapaces de dar su libre consentimiento (Zampas y Lamačková, 2011).

Los proveedores de atención médica tienen la responsabilidad de garantizar que se obtenga el consentimiento informado antes de realizar procedimientos de esterilización. El consentimiento informado para la esterilización requiere que los proveedores de atención médica proporcionen información completa y precisa sobre el procedimiento y su potencial. consecuencias para las mujeres antes de obtener el consentimiento. Obtener el consentimiento sin proporcionar información completa y precisa invalida el consentimiento. Además, los proveedores de atención médica deben garantizar que las mujeres realmente consientan en la esterilización y que no se haga por medios contundentes o coerción (Zampas y Lamačková, 2011).

Es importante señalar que las mujeres que son miembros de minorías étnicas, discapacitadas o adolescentes a menudo son sometidas a esterilización injusta, en algunos casos, a las mujeres no se les pregunta si quieren ser esterilizadas y se les informa del procedimiento después de someterse a una cesárea. El consentimiento para el tratamiento de pacientes que no comprenden puede provenir de jueces o sustitutos legalmente reconocidos, sin embargo, se requiere consentimiento informado para la esterilización, y los proveedores de atención médica deben asegurarse de obtenerlo antes de realizar el procedimiento. Los formularios de consentimiento no deben firmarse mientras la mujer está en trabajo de parto o de camino al quirófano, y los proveedores de atención médica no deben decir ni dar la impresión de que, para obtener otro procedimiento médico, como un aborto o una cesárea, la mujer tiene que consentimiento a la esterilización.

Los proveedores de atención médica no deben obtener el consentimiento bajo coacción, se han informado violaciones recientes de este principio en todo el mundo, lo que ha resultado en la esterilización forzada y coaccionada de minorías étnicas, incluidas mujeres romaníes, seropositivas y discapacitadas. Es importante señalar que la elección informada es un principio fundamental de los servicios médicos de buena calidad y está reconocido como un derecho humano, por lo tanto, los proveedores de atención médica deben asegurarse de obtener el consentimiento informado antes de realizar procedimientos de esterilización. A pesar de décadas de esfuerzos para definir y hacer realidad el concepto de elección informada, persisten obstáculos (Zampas y Lamačková, 2011).

¿Cómo se puede crear conciencia sobre los daños de la esterilización forzada entre los formuladores de políticas, los proveedores de atención médica y el público en general?

Para crear conciencia sobre los daños de la esterilización forzada, es esencial educar a los formuladores de políticas, a los proveedores de atención médica y al público en general sobre el tema. Las experiencias y voces de las mujeres indígenas deben centrarse en los debates sobre la atención sanitaria reproductiva y el control de la población, y es necesario reconocer y abordar la historia de esterilización forzada y genocidio contra las mujeres indígenas para prevenir daños futuros (Clarke, 2021).

Se deben implementar políticas y leyes para proteger los derechos reproductivos de las mujeres indígenas y garantizar el consentimiento informado para todos los procedimientos médicos. Los proveedores de atención médica deben estar capacitados para reconocer y abordar la coerción reproductiva y el abuso de esterilización; además, los esfuerzos de

promoción deben centrarse en recomendaciones multinivel para abordar los daños de la esterilización forzada. La comunidad indígena ya ha tomado medidas utilizando el activismo, la narración de historias y una demanda colectiva para luchar contra las políticas y prácticas racistas dentro del gobierno y la atención médica (Clarke, 2021). Es vital que todas las partes interesadas colaboren para crear conciencia sobre el tema y tomar las medidas necesarias para prevenir la esterilización forzada. En Canadá, la esterilización forzada de mujeres indígenas se considera una forma de genocidio y tortura, por lo tanto, es imperativo que los formuladores de políticas, los proveedores de atención médica y el público en general reconozcan la gravedad de este problema y trabajen para poner fin a esta práctica.

Se debe destacar la naturaleza interseccional de los derechos reproductivos y la justicia social al mostrar que la esterilización forzada se ha utilizado como una herramienta de opresión contra grupos marginados, incluidas las personas con discapacidades, los pueblos indígenas, las personas de color y las personas transgénero, las mujeres. El movimiento eugenésico jugó un papel importante en la promoción de la esterilización forzada como medio para mejorar la calidad genética de la población. A pesar de que los programas de esterilización forzada respaldados por el estado han terminado, las mujeres encarceladas todavía son vulnerables al abuso de esterilización. Si bien se requiere el consentimiento informado para la esterilización, muchas mujeres han informado que su “consentimiento” fue coaccionado. Esta discusión contribuye al avance continuo del conocimiento en el campo al resaltar las cuestiones éticas que rodean la esterilización forzada y la necesidad de realizar esfuerzos integrales para abordar esta injusticia histórica.

Referencias bibliográficas

- Albert, G., Szilvasi, M. (2017). Intersectional Discrimination of Romani Women Forcibly Sterilized in the Former Czechoslovakia and Czech Republic. *Health Hum Rights*, 19(2): 23-34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739354/>
- Artal, R. y Rubinfeld, S. (2017). Ethical issues in research. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 43,107-114. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.12.006>
- Bakare, K., Gentz, S. (2020). Experiences of forced sterilisation and coercion to sterilise among women living with HIV (WLHIV) in Namibia: an analysis of the psychological and socio-cultural effects. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1758439>
- Berry, R. (1998). From Involuntary Sterilization to Genetic Enhancement: The Unsettled Legacy of Buck v. Bell, *Notre Dame, journal of law, ethic and public policy*, 12(401). <https://scholarship.law.nd.edu/ndjlepp/vol12/iss2/3>
- Camacho Rosalía. *La maternidad como institución del patriarcado*. Tesis de Maestría en Estudios de la Mujer, Heredia, Universidad Nacional, 1997, pág. 41.
- Cepko, R. (1993). Involuntary Sterilization of Mentally Disabled Women. *Berkeley Womens Law Journal*, 8, 122-65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11659702/>
- Clarke, E. (2021) Indigenous Women and the Risk of Reproductive Healthcare: Forced Sterilization, Genocide, and Contemporary Population Control. *Journal of Human Rights and Social Work*, 6, 144–147. <https://doi.org/10.1007/s41134-020-00139-9>

- Días Alonso G. (1995). Historia de la anticoncepción. *Rev. Cubana Med. Gen Integral*, 11 (2): 192-194.
- Diekema, D. (2003). Involuntary sterilization of persons with mental retardation: An ethical analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. <https://doi.org/10.1002/mrdd.10053>
- Durojaye, E. (2018). Involuntary Sterilisation as a Form of Violence against Women in Africa. *Journal of Asian and African Studies*, 53(5), 721-732. <https://doi.org/10.1177/0021909617714637>
- Essack, Z., Strode, A. (2012). I feel like half a woman all the time: The impacts of coerced and forced sterilisations on HIV-positive women in South Africa. *Empowering women for gender equity*, 26(2). <https://doi.org/10.1080/10130950.2012.708583>
- Glover, L. (2021). Social Reproduction Theory: On regulating reproduction, understanding oppression and as a lens on forced sterilisation. *Journals and Campus Publications*, 22(2) (2021). <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol22/iss2/4/>
- Fofana, M. (2020). Time and time again: the reincarnations of coerced sterilisation. *Journal of medical ethic*, 48(11). <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2020-106924>
- Nair, P. (2017). Litigating against the Forced Sterilization of HIV-Positive Women: Recent Developments in Chile and Namibia. *Forced Sterilization and Human Rights*. <https://n9.cl/awynw6>
- Litigio contra la esterilización forzada de mujeres VIH positivas: acontecimientos recientes en Chile y Namibia. (sin fecha) Recuperado el 28 de agosto de 2023, de heinonline.org
- Lugones Botell, Miguel, & Quintana Riverón, Tania Yamilé. (1996). Orígenes de la anticoncepción. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(4), 399-402. Recuperado en 19 de julio de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400012&lng=es&tlng=es
- Hernández, A. (1976). Chicanas and the Issue of Involuntary Sterilization: Reforms Needed to Protect Informed Consent. *Journal Chicana/o Latina/o Law Review*, 3(0). <https://escholarship.org/uc/item/35v8r48h>
- O'Brien, E., Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *Lancet*. 11(399), 2183-2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
- O'Sullivan, M. (2016). Informing Red Power and Transforming the Second Wave: Native American women and the struggle against coerced sterilization in the 1970s. *Women's History Review*, 25(6). <https://doi.org/10.1080/09612025.2015.1083229>
- Ottenheimer, D., Huda, Z., Yim, E., Atkinson, H. (2022). Physician complicity in human rights violations: Involuntary sterilization among women from Mexico and Central America seek. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 89. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2022.102358>
- Park, D., Radford, J. (2010). From the Case Files: Reconstructing a history of involuntary sterilization. *Disability & Society*, 13(3), 317-342. <https://doi.org/10.1080/09687599826669>
- Patel, P. (2017). Forced sterilization of women as discrimination. *Public Health Reviews*, 38(15). <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0060-9>

- Pérez, O. De los albores a los albores: un recorrido por la historia de la medicina. La Habana: ed. Editorial Ciencias Médicas, 2011: p. 128.
- Prasad, N. (2022). *Impact of Forced Sterilization on Female Labor Market Outcomes: Evidence from India*. Université catholique de Louvain, Center for Operations Research and Econometrics <https://ideas.repec.org/p/cor/louvco/2022023.html>
- Rasmussen, P. (2014). Colonizing Racialized Bodies: Examining the Forced Sterilization of Indigenous Women and the Shameful History of Eugenics in Canada. *On Politics*, 13(1), 18-29. <https://journals.uvic.ca/index.php/onpolitics/article/view/19415>
- Reilly, P. (2015). Eugenics and Involuntary Sterilization: 1907-2015. *Annual Review Genomics Human Genetic* 16(3), 51-68. <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-090314-024930>.
- Ryan, C., Ali, A., Shawana, C. (2021). Forced or Coerced Sterilization in Canada: An Overview of Recommendations for Moving Forward. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1). <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33369>
- Strode, A., Mthembu, S., Essack, Z. (2012). She made up a choice for me: 22 HIV-positive women's experiences of involuntary sterilization in two South African provinces. *Reproductive Health Matters*, 20(39). [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39643-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39643-2)
- Tostado, F. (2016, 16 mayo). *Sorano de Éfeso, el gran ginecólogo de la Antigüedad*. <https://franciscojaviertostado.com/>.
<https://franciscojaviertostado.com/2016/05/16/sorano-de-efeso-el-gran-ginecologo-de-la-antigüedad/>
- Widdows, H., Idiákez, I., Cirión, A., Trehan, N. (2006). *Minority Groups and Reproductive Rights*. Women's Reproductive Rights. Women's Rights in Europe Series. Palgrave Macmillan, https://doi.org/10.1057/9780230554993_6
- Zampas, C. y Lamačková, A. (2011). Forced and coerced sterilization of women in Europe. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 114(2). <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.002>.