

ESTERILIZACION PERMANENTE DE MUJERES: UNA LECTURA EN CLAVE DEMOGRAFICA

Cuad. Méd. Soc. XL, 1, 1999/ 61-67

*Sergio Cecchetto**

ABSTRACT

Permanent Sterilization in Women: A lecture in Demographic Language.

In the past, doctors and demographers have underestimated permanent female sterilization as an anticonceptive method because they considered it as too radical and very difficult to accept for communities in which religious concepts and a sexist way of thinking have a significative value. Nevertheless, in the mid 70's, this issue was so modified in a way that scholars were forced to review their previous concepts, as this lesspopular anticonceptive method was turning in the main birth control method in the whole planet, and was becoming in the most popular among women.

This method has reached a considerable demand in South America, specially among disappointed users of other birth control methods. Many factors are determinants to switch from temporary to permanent methods. As contemporary trends in early marriages and early motherhood also bring a new need in birth control methods and will raise the need of a sfer control for a longer time. Evaluations of this unsatisfied demands will become in a fundamental issue of health care, scarce resources allocations, and finally of distributive justice.

Key words: female sterilization - demography.

RESUMEN

Médicos y demógrafos del pasado subestimaron a la esterilización permanente de mujeres como método anticonceptivo al considerarla un procedimiento demasiado radical, poco práctico y difícilmente aceptable para comunidades en las cuales ciertas concepciones religiosas y un ideario machista tuvieron peso significativo. Sin embargo a mediados de la década del 70 el panorama se modificó de tal forma que esos estudiosos se vieron en la obligación de revisar sus preconceptos, ya que ese método anticonceptivo "menor" ganó popularidad convirtiéndose en el principal medio de control natal del planeta, y comenzó a implementarse, además, a solicitud de las beneficiarias.

El fenómeno ha alcanzado ya una demanda considerable en el cono sur, especialmente entre las desencantadas usuarias de anticonceptivos modernos. Este tránsito de la anticoncepción temporaria a la permanente está acompañado por distintos factores que determinan esa elección. Al consolidarse algunas tendencias contemporáneas tales como las uniones maritales a edades tempranas y el deseo de hijos colmado con rapidez, crecerá también la necesidad de proporcionarles a las parejas una segura protec-

* Doctor en Filosofía. Magíster en Ciencias Sociales. Bioeticista.
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina
E-mail scypu@argenet.com.ar

ción anticonceptiva por un lapso prolongado de tiempo. La ponderación de la demanda no satisfecha, por tanto, se convertirá en breve en un problema fundamental de derecho a la atención de la salud, de asignación de recursos escasos y, en definitiva, de justicia distributiva.

Palabras claves: esterilización femenina - demografía.

Los médicos y los demógrafos del pasado subestimaron a la esterilización permanente de mujeres como método anticonceptivo al considerarla un procedimiento demasiado radical, poco práctico y difícilmente aceptable para comunidades en las cuales ciertas concepciones religiosas y un ideal machista tuvieran peso significativo. Sin embargo a mediados de la década del 70 el panorama se modificó de tal forma que esos estudiosos se vieron en la obligación de revisar sus preconcepciones, pues si bien continuaba siendo cierto que tan sólo en naciones como la India, China y Puerto Rico —que ya formaba parte de la unión americana en carácter de Estado asociado— era donde la esterilización permanente se concentraba y podía apreciarse con mayor nitidez, no lo era menos que ese método anticonceptivo “menor” ganaba popularidad convirtiéndose en el principal medio de control natal del planeta (1).

Alrededor de 20 millones de parejas —considerando indistintamente a las mujeres y a los varones esterilizados— echaban mano a este método de decisión única entonces, es decir una de cada tres parejas que practicaban la anticoncepción lo había adoptado o bien, si se prefiere, una de cada ocho parejas en edad de procrear (2). Por si este dato llamativo no hubiera sido suficiente para despertar la curiosidad de los expertos, el quinquenio inmediato ofreció nuevas y bruscas transformaciones de la situación cuando la utilización de la esterilización creció en términos relativos y absolutos en comparación con otros métodos modernos de control natal (3). Con todo, era moneda corriente tropezar con afirmaciones equívocas respecto de la práctica en estudio en los textos más influyentes de la demografía norteamericana, los cuales aseguraban como verdad inmodificable que la esterilización (salvo regiones muy bien determinadas) no tenía efectos importantes sobre la fecundidad (4).

En 1982 el número de parejas involucradas con la práctica esterilizante se estimó en 110 millones (5) y, pocos años más tarde, un estudio a gran escala realizado por expertos de la ONU precisó la cifra en 108 millones de mujeres y 41 millones de varones esterilizados en el mundo (6). *Para 1990 John A. Ross elevó a 170 millones el*

número en cuestión, proyectando una demanda futura de la práctica para otros 97 millones de varones y mujeres adicionales al llegar al año 2000, en caso de seguir creciendo los requerimientos al mismo ritmo que en el presente (7). Este crecimiento sostenido se ha mantenido desde los '70 hasta la fecha y por lo tanto podemos afirmar que la incidencia de la esterilización es elevada y que está incrementándose prácticamente en todas partes, prevaleciendo siempre la práctica en las mujeres más que en los varones. A pesar de ello el lector no debe llamarse a engaño pues dos tercios de las parejas que dependen de la esterilización para protegerse de embarazos no deseados viven en sólo dos naciones: China e India. Sus pasos son seguidos en la actualidad por Tailandia y Sri Lanka, los EE.UU. y el Reino Unido; pero otros países densamente poblados como Nigeria, Egipto, Pakistán o Indonesia recurren en muy contadas ocasiones a este procedimiento. Debemos destacar también que el 51% del total mundial de mujeres en edad fértil utiliza un método anticonceptivo, pero la prevalencia de este uso varía notablemente de una nación a otra (del 97% en el Reino Unido al 5% en Mali o Uganda). Asimismo podemos discriminar que el 29% de las parejas del globo se valen de un método de decisión única para evitar embarazos (v.g. esterilización femenina o masculina, dispositivo intrauterino —DIU—, inyectables de efecto prolongado), aunque tan sólo en la China su uso cubre a más de la mitad de ellas. Conviene señalar, por último, que el aborto provocado —si bien no es en este momento el tema de nuestro interés inmediato— se utiliza ampliamente en varios de los países más poblados a la manera de método anticonceptivo y, según estimaciones, su puesta en práctica alcanzaría a más del 25% de todos los embarazos en curso (8).

Más cercano a nuestros actuales intereses, sin embargo, es conocer cuál ha sido la incidencia del procedimiento que analizamos dentro de los países sudamericanos y del Caribe, por cuanto inicialmente podría suponerse una mayor cercanía cultural de la Argentina y de Chile con ellos. Este desvío se torna particularmente interesante, toda vez que en nuestros países no se han desarrollado encuestas sobre salud, demografía y derechos

reproductivos, fenómeno que nos confina al terreno de las hipótesis cuando pretendemos explicar o comprender con cierta precisión qué sucede a este respecto en la región.

En toda América Latina y el Caribe las últimas tres décadas han traído consigo un importante cambio demográfico. La tasa de fecundidad total (9) ha descendido en más de un 40%, es decir de un promedio de 6 hijos por mujer en 1960 se ha llegado en el presente a un promedio de 3.5 hijos para cada una de ellas. Al ser menor el número de nacimientos y aumentar los espacios intergenésicos el bienestar y la salud de esas familias se han visto incrementados, pues los gobiernos han podido atender con mayor desahogo las demandas sociales de educación, alimentación, empleo y asistencia sanitaria. Esta modificación que dio como resultado el empequeñecimiento de la familia tradicional responde a varias causas interconectadas, entre las que suelen destacarse el aumento de la población urbana, la llegada efectiva de la escolarización a sectores antes marginados, la constante prédica de los medios de comunicación masivos y algunas transformaciones respecto de la condición social de las mujeres en casi todos nuestros países. En este contexto sólo Argentina y Uruguay desentonaban un tanto pues allí la fecundidad era ya relativamente baja en 1960 (3.1 y 2.9 hijos por mujer, respectivamente), y asimismo la urbanización de su población era un fenómeno acentuado por entonces (10).

Importa destacar que la utilización de modernos métodos anticonceptivos, más allá de las variaciones significativas que ya se registraban entonces entre un país y otro, fue también creciendo a un ritmo acelerado hasta la actualidad. Acompañando este proceso aparecieron nuevas ofertas para facilitar la planificación familiar, habida cuenta de que no cualquier método resulta adecuado para la pareja demandante. Los porcentajes de población que hoy utilizan métodos de control natal muestran todavía diferencias muy marcadas entre naciones, pero algunas de ellas comenzaron a despertar de cara a los nuevos tiempos. Tal el caso de Bolivia, Ecuador y Perú, por ejemplo, donde los métodos tradicionales del ritmo y del *coito interruptus* eran proporcionalmente los más utilizados, fenómeno que empezó a ceder ante el lento avance de la esterilización y de la píldora. Otras naciones como Paraguay, Colombia y México pueden exhibir una composición más armónica en la utilización de los métodos modernos de planificación familiar. En el Brasil, en cambio, las opciones anticonceptivas son limitadas y esto ha lleva-

do a las mujeres a depender de un solo método, aún cuando éste pudiera no ser el más apropiado para ellas en una situación concreta. Valga como ilustración de lo antedicho la dificultad que encuentran las jóvenes, después de haber tenido uno o dos hijos, para acceder a métodos temporales eficaces (v.g. DIU, inyecciones, implantes), y que por temor a los efectos secundarios derivados del uso continuado de anticonceptivos orales "optan" por su esterilización permanente para poner en orden de una vez y para siempre su futuro reproductivo.

La siguiente sorpresa que asaltó a los demógrafos fue la prevalencia alcanzada por la esterilización definitiva, principalmente de mujeres, en muchos países del mundo. La historia puede brindarnos alguna ayuda para comprender los procesos mediante los cuales se ha arribado a esta situación, pues su gestación se remonta a 50 años atrás, cuando las primeras encuestas sobre fecundidad llevadas a cabo en Puerto Rico durante 1948 y 1953 denunciaron altas tasas de mujeres casadas en edad fértil que ya se habían sometido al procedimiento quirúrgico en estudio (7 y 17% respectivamente) (11). Sin embargo se planteó que esta realidad era una anomalía con poca relación con el resto de América. Más tarde otras encuestas realizadas por el Centro Latinoamericano de Estudios Demográficos (CELADE) en distintas ciudades latinoamericanas a principios de los '60 mostraron que la esterilización era una práctica de anticoncepción difundida entre las mujeres (que rondaba el 6% para todas las mujeres en unión y edad fértil), hasta el punto de ser el método más conocido en tres de los nueve centros urbanos consultados y ocupar el segundo lugar en otros cuatro (12). Estos últimos datos no diferían notablemente de los hallazgos realizados en Puerto Rico unos años antes (1948), ni de lo registrado en los Estados Unidos de Norteamérica en 1955. Este último caso es particularmente llamativo pues los expertos que diseñaron la primera encuesta nacional sobre fecundidad no previeron en el formulario la incorporación de la esterilización permanente en la lista de los métodos anticonceptivos sobre los cuales recabar datos. Sin embargo muchas mujeres ofrecieron voluntariamente informaciones sobre el particular de modo que, sin buscarlo, los norteamericanos se enteraron de que 1 de cada 10 parejas prevenía la ocurrencia de embarazos a través de ese método drástico. Atontados, los investigadores resolvieron leer de nuevo todas las entrevistas porque sospechaban una mala comprensión de la pregunta por ellos formulada (13).

Nadie vinculó seriamente lo ocurrido en Puerto Rico y en los USA con lo acontecido después en otras ciudades americanas, porque se seguía pensando en la aparición de un fenómeno anómalo dentro de una realidad estable y homogénea. Ningún experto estadounidense ni sudamericano ni centroamericano estaba dispuesto a concederle a la esterilización permanente un lugar de importancia en la planificación familiar, ni tampoco a aceptar su fuerte impacto sobre los factores demográficos. Todos preferían no llamar la atención sobre la enorme cantidad de mujeres y varones esterilizados, ni sobre las demandas crecientes formuladas por grupos de ciudadanos (especialmente si se trataba de latinos, porque su catolicismo y su supuesto machismo jamás debieran permitirles siquiera pensar de manera sesuda en llevar adelante tal intervención quirúrgica). La industria farmacéutica, los estudiosos y los planificadores estaban entonces interesados en cosas más trascendentes, como los anticonceptivos hormonales, los dispositivos intrauterinos, las píldoras y algunos otros métodos en etapa de desarrollo. Sobre estos carriles transcurrió la Conferencia Internacional sobre Programas de Planificación de la Familia de 1965, la VIII Conferencia Internacional de la Federación Internacional para la Planificación de la Familia (FIPF) de 1967, y así se desarrollaron las confusas evaluaciones sobre demandas insatisfechas de planificación familiar realizadas por la FIPF en 1971 y en 1976, donde por presión de asociaciones privadas afiliadas a la entidad madre se incluyeron tímidas referencias a la esterilización (14). Estas últimas evaluaciones de los '70 sirvieron de base a un nuevo documento que la FIPF presentó durante 1978, consignando erróneamente que tan sólo correspondía imputarse el 2% de la anticoncepción practicada en América Latina a la esterilización permanente, incluidas aquí las ligaduras de trompas y las vasectomías (15).

Contra todas las expectativas, la década de los '80 mostró cuán equivocados estaban los expertos. Distintas encuestas sobre prácticas anticonceptivas y fecundidad nacional llevadas adelante en varios países de la región avalaron empíricamente que entre un 60 y un 95% de las mujeres en unión habían oído hablar del método (Colombia, Costa Rica, México, Panamá, Perú y República Dominicana) (16). Todavía más: que ese conocimiento era superior al del DIU, y que además en casi todos estos países este saber alcanzaba en

difusión al de la píldora. ¡Y esto a pesar de la fuerte publicidad con que se presentaba a estas recientes maravillas de la era contemporánea!

Como si todo esto fuera poco, la esterilización permanente desplazó en esa década al uso de los anticonceptivos orales como método de planificación familiar en todo el planeta; y las Américas no fueron la excepción. Quienes creyeron ver en el caso de Puerto Rico un fenómeno aislado tuvieron que cambiar su óptica y plantearse por primera vez si no se trataba, más bien, de la punta de un iceberg, un síntoma anticipatorio de aquello que podía ocurrir en otras regiones vecinas. Algunas dudas no tardaron mucho en disiparse pues la información esperada comenzó a circular. Así en República Dominicana (17), México (18), Colombia (19), Costa Rica (20), Brasil (21), El Salvador (22), Panamá (23), Guatemala (24), Ecuador (25) e incluso los USA (26) se tornó apreciable un desplazamiento desde la anticoncepción temporaria hacia la anticoncepción permanente, ocupando la esterilización en todos estos países el lugar de preferencia como método anticonceptivo. En la mayor parte de las naciones sudamericanas y caribeñas restantes las preferencias colocan al procedimiento en un segundo lugar (27). Podemos decir entonces que el desencanto que se registró entre los usuarios de anticonceptivos modernos en el continente, según denuncian muchos estudios, ha crecido en relación directamente proporcional con la aceptación generalizada de la esterilización permanente por parte de varones y especialmente de mujeres (28).

Esta buena predisposición comunitaria llegó a conformar una mayoría de ciudadanos, de los cuales conocemos algunas cosas más. Estudios detallados y bien documentados, por ejemplo, han echado por tierra la versión que sostenía la existencia de una campaña de esterilización masiva en nuestros países, financiada desde el exterior. Esta hipótesis —que tomó también el carácter de denuncia y de arma política— se inspiraba en las tácticas de presión ejercidas por el gobierno hindú para persuadir o coaccionar a grandes capas de población confiada a que se intervinieran quirúrgicamente durante la década del '70. A este vivo recuerdo se sumaba la prédica de grupos religiosos que impugnaban un maligno plan elaborado para desbancar al catolicismo en la América Latina a través de la importación indiscriminada de tecnologías inmorales, ya debidamente desnudadas durante el magisterio de Pío XII y en algunos documentos como la Encíclica *Humanae Vitae* (29). Nada de lo sugerido antes permite, a la luz de los

seguimientos efectuados por muchos investigadores, abrigar dudas acerca del carácter electivo que las personas han realizado del método en estudio (30).

Por otra parte se han identificado también cuáles son los factores que más directamente influyen para que las personas seleccionen a la esterilización permanente como método de control natal. De las distintas investigaciones, recordaremos aquellas llevadas a cabo con mujeres ya esterilizadas, donde se subrayan como elementos de peso que gravitaron en la decisión la percepción de problemas de salud, el avance de la edad, el buen nivel de instrucción, las conversaciones mantenidas con médicos de la órbita estatal y privada, el grado de compatibilidad sexual y de comunicación con sus parejas, el anhelo de contar con un método anticonceptivo ciento por ciento eficaz, la renuencia de algunos varones a practicarse una vasectomía y, por último, el deseo de evitar cargas económicas, físicas o psicológicas derivadas de un embarazo indeseado (31).

Debiera sumarse también a esa lista el hecho de que el ideal de familia se ha modificado en estos años y por tanto las personas aspiran a tener grupos familiares más reducidos y fáciles de mantener en contextos de crisis económica. Por otro lado cierto estigma que pesaba sobre la práctica de la planificación familiar se ha desvanecido, dando lugar a una discusión más abierta entre usuarios y profesionales, ya sean éstos proveedores de servicios o administradores de programas. Tampoco debiera hacerse a un lado el señalamiento de Verme y Jezowski (32) cuando recuerdan a mujeres que desean usar métodos anticonceptivos pero que, en razón de su religión, prefieren "pecar una sola vez" y no hacerlo de continuo utilizando métodos temporales.

Lo dicho en párrafos anteriores peca de cierta generalidad o requiere matizarse, pues la evidencia actual señala que en América Latina la edad de las mujeres esterilizadas está disminuyendo, e igualmente el número de hijos vivos que poseen al momento de la operación. En países como República Dominicana o Panamá es frecuente encontrar tres generaciones de mujeres esterilizadas en una misma familia, cada una de ellas a edad más temprana y con menos hijos. No ha podido demostrarse sin embargo si esta realidad se debe a los factores ya enunciados o a la flexibilización de los criterios médico-sociales de admisión en los programas de anticoncepción permanente. De todas formas y por regla general la esterilización femenina en la región alcanza su acmé entre

candidatas de 27-33 años (la masculina en cambio ronda a candidatos entre los 35-40 años), y con 4 o 5 niños vivos como promedio (33).

Asimismo los estudiosos encontraron una relación directa entre la aceptación de la práctica médica de marras y la situación económica y social (34). Las usuarias iniciales han sido en algunos países personas de altos ingresos y en otros también las de menores recursos económicos, aunque se ha pronosticado que este efecto de polarización tenderá a desaparecer con el paso del tiempo. Otros críticos han supuesto que la relación planteada es espuria, puesto que las capas altas de la población acuden al sector privado y pagan por el servicio que solicitan, mientras que las capas más desfavorecidas suman a su poca preparación educativa su imposibilidad de pagar. En otros términos, en tanto dure la oferta privada de esterilizaciones permanentes y bloqueado el acceso a servicios públicos para alcanzar la misma finalidad, el costo de la intervención sesgará el perfil de las usuarias. A mayor conocimiento popular del método y oferta de programas estatales gratuitos, en cambio, esperan una transformación radical de la demanda.

Estas últimas consideraciones nos fuerzan a ponderar la demanda no satisfecha de esterilizaciones quirúrgicas en la región. Cabe entonces aclarar como primera medida que hasta el presente no se dispone de fórmulas infalibles y universalmente aceptadas que permitan predecir, estimar o definir la demanda no satisfecha de esterilizaciones permanentes, las cuales se inscriben, además, dentro del universo más amplio de la demanda no satisfecha de servicios anticonceptivos. Las variaciones que los autores registran en este rubro corresponden, de seguro, en muchos casos, a lecturas intencionadas y poco científicas. Anotado este reparo, nada nos impide llegar igualmente a sospechar que fenómenos tales como el esperado aumento del número absoluto de mujeres en edad reproductiva en América Latina para los próximos quince años, y la consolidación de algunas tendencias contemporáneas como las uniones a edades tempranas y el deseo de hijos colmado con rapidez, exigirá proporcionarles a las parejas una segura protección anticonceptiva por un lapso prolongado. No extrañaría por tanto verse enfrentado a un importante aumento en la demanda de esterilizaciones permanentes, si bien es difícil estimar su proporción de manera acabada (35). Puede prestar apoyo a esta firme sospecha la constante y elevada demanda que sufren países como Puerto Rico o Panamá, a pesar de que el procedimiento ya ha alcanzado en esos territorios una notable

prevalencia. En caso de que los acontecimientos se desarrollen de la manera señalada el problema será establecer la licitud o no del procedimiento para proceder a satisfacer esa demanda extraordinaria. Puede entreverse que si los estrictos criterios morales con que comúnmente se juzga a la esterilización se tornan más condescendientes, esa práctica quirúrgica se convertirá en breve en otro problema fundamental de derecho a la atención de la salud, de asignación de recursos escasos y, en definitiva, de justicia; para el cual la bioética mundial ha reservado poco espacio en su ya abultada agenda.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

1. Ravenholt, R.T. *World Epidemiology and Potential Fertility Impact of Voluntary Sterilization*. III Conference International of Voluntary Sterilization. Tunice, 1976, mimeo.
2. Nortman, D. Sterilization and the Birth Rate. *Studies in Family Planning* 11, 1980: 286.
3. Los métodos modernos incluyen la píldora, el DIU, los inyectables y los implantes trans y subdérmicos; los llamados métodos eficientes en cambio incluyen al preservativo, los espermicidas y demás métodos de barrera. Los métodos tradicionales por último reúnen al ritmo, al coito interruptus y otros.
4. Cfr. Petersen, W. *Population*. New York, Macmillan, 1975. Se pensaba que si el método era elegido por personas próximas al fin de su etapa reproductiva y ya con elevada paridad, el efecto de la esterilización sobre los indicadores demográficos habría de ser relativamente pequeño. Nadie previó que con el tiempo disminuiría la edad media de los usuarios y que con ello aumentarían los años-pareja de protección anticonceptiva y se prevenirían más nacimientos.
5. Zatuchni, G.; Shelton, J.; Goldsmith, A.; Sciarra, J. *Female Transcervical Sterilization*. Philadelphia, Harper & Row, 1982.
6. ONU. *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1988*. New York, ONU, 1989.
7. Ross, J.A. Sterilization: Past, Present, Future. *Studies in Family Planning* 23, 1992: 187-192.
8. Hatcher, R.A.; Kowal, D.; Guest, F.; Trussell, J. *et al. Tecnología anticonceptiva*. Atlanta, Matter, 1989.
9. La tasa de fecundidad total equivale al promedio de hijos que una mujer tendría durante su vida, si se mantuvieran constantes las tasas de fecundidad específicas para su grupo etario.
10. La fecundidad en zonas rurales de América Latina y Caribe es más alta que en zonas urbanas. Por lo demás las tasas de fecundidad también varían de región a región dentro de un mismo país.
11. Stycos, J.M. Sterilization in Latin America: Its Past and Its Future. *International Family Planning Perspectives* 10 (2) 1984: 58-64. Sobre el caso Puerto Rico, el mito de la coerción masiva gubernamental y las políticas exteriores de los USA ver, por ejemplo, Hill, R.; Stycos, J.M.; Back, K. *The Family and Population Control*. Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1959; Presser, H.B. Sterilization and Fertility Decline in Puerto Rico. *Population Monograph* 13, 1973 (Institute of International Studies, Berkeley); Warren, C., *et al.* Contraceptive Sterilization in Puerto Rico. *Demography* 22 (3) 1986: 351-365.
12. Stycos, J.M. Sterilization in Latin America: Its Past and Its Future. *International Family Planning Perspectives* 10 (2) 1984: 58-64.
13. Freeman, R.; Whelpton, P.; Campbell, A.A. *Family Planning, Sterility and Population Growth*. New York, McGraw Hill, 1959: 167-168.
14. Stycos, J.M. La esterilización anticonceptiva en América Latina. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1984: 23-29.
15. AA. Unmet Needs. *People* 5 (3) 1978: 27.
16. Mamlouk, M. Knowledge and Use of Contraception in Twenty Developing Countries. *Reports on the World Fertility Survey* 3, 1982.
17. AA. En República Dominicana el método predominante de anticoncepción es la esterilización femenina. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1985: 46-47. AA. República Dominicana: 2 de cada 3 mujeres unidas que utilizan un método están esterilizadas. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1993: 34-36.
18. AA. En México la esterilización femenina es ahora el método anticonceptivo más difundido del país. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1990: 34-36. División General de Planificación Familiar, Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*. México, Institute for Research Development, 1989.
19. Rizo, A.; Roper, L. El papel de la esterilización en los programas de planificación familiar de Colombia: un debate nacional. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1986: 2-27. Hollerbach, P.E. Los determinantes de la esterilización y su efecto demográfico en Colombia y Costa Rica. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1986: 7-12. CCRP & Institute for Resource Development / Westinghouse. *Encuesta de Demografía y Salud 1986, 3ra. de prevalencia del uso de anticonceptivos en Colombia. Resultados generales*. Bogotá, 1987.
20. Ib. También, Madrigal-Pana, J. La esterilización femenina en Costa Rica: 1976-1986. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1989: 22-27.

21. Arruda, J.M., et al. *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento - I*. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1987. Barroso, C. *A esterilização no Brasil*. Brasília, CEDR / Ministério da Saúde, 1988. Rutenberg, N.; Ferraz, E.A. Female Sterilization and Its Demographic Impact in Brazil. *International Family Planning Perspectives* 14 (2) 1988: 61-67. Costa, S.H., International Women's Health Conference for Cairo, 1994. *Open Letter on Reproductive Health and Justice*. Rio de Janeiro, 1994.
22. Bertrand, J.T.; Landry, E.G.; Araya Zelaya, J.D. ¿Es voluntaria la esterilización de la mujer en El Salvador? *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1986: 23-27. Institute for Resource Development / Westinghouse, Asociación Demográfica Salvadoreña. *El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-85)*. San Salvador, 1987.
23. Guerra F., et al. *Panamá Maternal and Child Health / Family Planning Survey, 1984*. Final Report, Population Studies Office, Panamá, 1986.
24. Ross, J.A.; Hong, S.; Huber, D.H. *Voluntary Sterilization: An International Fact Book*. New York, Association for Voluntary Sterilization, 1985. Ross, J., et al. *Family Planning and Child Survival: 100 Developing Countries*. New York, Center for Population and Family Health of Columbia University, 1988.
25. Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable, Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales, Institute for Resource Development / Westinghouse. *Encuesta demográfica y de la Salud Familiar 1987*. Quito, 1987.
26. Center for Population and Family Health. *Sterilization: Global Patterns and demographic Features*. New York, CFPF, 1985.
27. Prevalence of la esterilización como método anticonceptivo de primera elección en Brasil, Colombia, Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Panamá. Ocupa el segundo lugar en las preferencias en Bolivia, Costa Rica, Guyana, Honduras y Jamaica.
28. Maulin, W.P.; Segal, S.S. Prevalence of Contraceptive Use: Trends and Issues. *Studies in Family Planning* 19 (6) 1988: 335-353.
29. Ramos, C.G. The Catholic Church and Birth Control: Curaçao and Puerto Rico, en: Segal, A. (ed.). *Population Policies in the Caribbean*. Massachusetts, Lexington, 1975: 166 y ss; Stycos, J.M. *Human Fertility in Latin America*. New York, Cornell University Press, 1968; Stycos, J.M. *Ideology, Faith and Family Planning in Latin America*. New York, McGraw-Hill, 1971.
30. Bertrand, J.T.; Landry, E.G.; Araya Zelaya, J.D. ¿Es voluntaria la esterilización de la mujer en El Salvador? *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1986: 23-27; Madrigal-Pana, J. La esterilización femenina en Costa Rica 1976-1986. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1989: 22-27; Rizo, A.; Roper, L. El papel de la esterilización en los programas de planificación familiar de Colombia: un debate nacional. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, N° especial 1986: 2-27.
31. Entre otros: Clark, M.P.; Swicegood, G. Husband or Life? A Multivariate Analysis of Decision Making for Voluntary Sterilization. *Journal of Family Issues* 3 (3) 1982: 292-298. Markham, L.M.; Frankel, H.A. The Choice of Sterilization Procedure among Married Couples. *Journal of Family Practice* 14 (1) 1982: 63-75. Philliber, S.G.; Philliber W.W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. *Studies in Family Planning* 16 (1) 1985: 1-29.
32. Verme, C.S.; Jezowski, T.W. Esterilización voluntaria en América Latina, en: OPS. *Salud reproductiva en las Américas*. Washington, OPS, 1992: 301
33. Blanch, J.M.; Pastor de Avila, Z.; Prada, C.C. *Estudio de mujeres esterilizadas*. San José, Caja Costarricense de Seguro Social, 1975. Santiso, R.; Bertrand, J.T.; Pineda, M.A. Voluntary Sterilization in Guatemala: A Comparison of Men and Women. *Studies in Family Planning* 14, 1983: 73-82. Omran, A.R.; Standley, C.C. (eds.). *Family Formation Patterns and Health: Further Studies*. Geneva, OMS, 1981.
34. Philliber, S.G.; Philliber, W.W. *Op. cit.*
35. Population Reference Bureau. *Fecundidad y planificación familiar en América Latina: retos para la década de 1990*. Washington, PRB, 1992.