

Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo

Paula Emilia Santana Nazarit/Edith Yesenia Peña Sánchez
Investigadora independiente/Dirección de Antropología Física, INAH

Resumen

La esterilización quirúrgica voluntaria es el método anticonceptivo más utilizado en el mundo, particularmente en Latinoamérica y el Caribe, con importantes implicaciones individuales y sociales por ser un método definitivo y que depende por completo de la biomedicina institucionalizada. La investigación aborda desde la antropología en salud, con un enfoque crítico y feminista, el proceso de decisión y de acceso, así como las prácticas y representaciones de usuarias y personal de salud en torno a este tema, identificando formas de estigma en la atención a la esterilización quirúrgica voluntaria (EQV). El estudio se desarrolló en Valparaíso, Chile, durante los años 2015 y 2017, corresponde a un diseño cualitativo que se valió de técnicas mixtas: revisión de expedientes clínicos de usuarias, entrevistas a usuarias y personal de salud, observación de actividades y espacios clínicos en dos establecimientos de salud pública. Se concluye que el descenso de la EQV en Chile obedece a prácticas de salud que reproducen las construcciones de género, en torno a lo cual se organiza el sistema de salud, las rutas de atención y los recursos quirúrgicos, desalentando así la demanda; mientras que las mujeres, por su parte, ven en este método una alternativa para mejorar su salud, sus condiciones de vida y del grupo familiar, y una forma de alcanzar mayor autonomía. Esta investigación pretende ser un aporte a la salud pública al hacer visible un problema que afecta sobre todo a las mujeres pobres y marginadas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: esterilización quirúrgica, regulación de la fertilidad, antropología en salud, teoría feminista, derechos sexuales y reproductivos, estigma.

Abstract

Nowadays, voluntary surgical sterilization is the most widespread contraceptive method in the world, particularly in Latin America and the Caribbean with important individual and social implications because it is definitive and it totally depends on institutionalized biomedicine. From health anthropology with a critical and feminist perspective, this research addresses the decision-making process, access to the procedure, and the practices and representations of patients and health staff regarding the subject, identifying stigmas around voluntary surgical sterilization. The study was developed in Valparaíso, Chile, from 2015 to 2017, with a qualitative design that makes use of mixed techniques: review of patients' medical records, interviews with patients and medical staff, observation of activities and medical spots in two public health facilities. The conclusion is that the decrease of voluntary surgical sterilization in Chile arises from health practices that reproduce gender constructions that organize the health system, the means of attention and surgical resources, in this way discouraging demand; whereas women look at this procedure as an alternative to improve their health, their own living conditions, and their family living conditions as a way to achieve autonomy. The aim of this research is to contribute to public health by shedding light on a problem that affects women, especially poor and marginalized women exercising their sexual and reproductive rights.

Keywords: surgical sterilization, fertility regulation, health anthropology, feminist theory, sexual and reproductive rights, stigma.

Introducción

La esterilización quirúrgica o salpingo ligadura es una intervención clínica para la regulación de la fertilidad que, si bien forma parte del proceso de salud/enfermedad/atención, se realiza para satisfacer lo que podríamos entender como "no enfermedad", o más bien una necesidad de salud que se cumple con la interrupción de una función fisiológica normal: la reproducción biológica. En términos biomédicos, es una cirugía menor que consiste en la "oclusión bilateral de las trompas de Falopio por ligadura, corte, sección, cauterización, o colocación de anillos, clips o grapas" (Eisen y Díaz, 2016: 4); en Chile forma parte de la oferta anticonceptiva del sistema de salud, tanto público como privado, y se rige por las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad desde 2010.

Su práctica ha estado envuelta históricamente en conflictos bioéticos debido a su uso eugenésico (OMS, 1993) y geopolítico, para controlar el crecimiento poblacional de países en desarrollo, sectores empobrecidos (Del Río, 2013; Canales, 2003) y grupos "socialmente indeseables" (enfermos, personas con discapacidad, etc.), lo que originó normativas en extremo restrictivas en varios países latinoamericanos. Por ejemplo, la esterilización fue considerada un delito, y en Brasil la ligadura tubaria fue ilegal hasta 1996, mientras en Argentina estuvo prohibida desde las primeras

décadas del siglo XX, en un periodo en que las mujeres fueron responsabilizadas por el fenómeno de la "desnatalización", convirtiéndose en blanco de campañas públicas y políticas que presionaban a las mujeres a cumplir un ideal de maternidad (Del Río, 2013). Estos contextos prohibitivos generaron prácticas coercitivas y muchas veces reñidas con los principios de la salud pública, como la exigencia de autorización judicial, prácticas clandestinas, acceso desigual según la situación socioeconómica de las mujeres, incentivo del lucro en el sector privado de salud y aumento exponencial de la cesárea.

La esterilización quirúrgica, como otros indicadores de salud reproductiva, refleja inequidades sociales, culturales y de género, siendo las mujeres que viven en condiciones de pobreza, las mujeres indígenas y negras, los grupos más expuestos a situaciones de negación, inducción o imposición forzada de la esterilización quirúrgica (Rodríguez y Perpétuo, 2011; USAID-The Respond Project, 2012; White y Potter, 2014; Menéndez, 2009).

En Chile, la esterilización quirúrgica voluntaria (EQV) se considera un derecho reproductivo, en coherencia con las orientaciones de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo o Conferencia de El Cairo (CIPD); sin embargo, el sistema de salud pública tiene problemas para satisfacer la demanda por parte de las mujeres. Aunque el uso voluntario de la esterilización quirúrgica por parte de las mujeres va en aumento en todo el mundo, en Latinoamérica y el Caribe ocupa el primer lugar entre los métodos anticonceptivos modernos, con 25.7% (Department of Economic and Social Affairs-Population Division, 2015). En Chile, por el contrario, se observa un descenso de las esterilizaciones en los últimos 10 años, disminuyendo el porcentaje de mujeres usuarias de 8.8% (Minsal, 2006) a 3.8% en 2016.¹ Esta disminución puede ser reflejo de las barreras que el sistema público de salud interpone a las usuarias, tales como recursos quirúrgicos insuficientes, largas rutas de atención y listas de espera, desatención y formas de priorización con base en criterios subjetivos que reproducen construcciones de género hegemónicas y formas de estigmatización. Los resultados de la investigación que se presentan aquí avalan lo anterior, y sirve de ejemplo la experiencia de algunas usuarias que estuvieron años en lista de espera para finalmente acceder a la esterilización, mientras los relatos del personal de salud ponen el acento en la falta de recursos y establece perfiles de usuarias basados en criterios no estandarizados, con lo cual se imponen subjetividades particulares.

La investigación se propuso contribuir al conocimiento sobre el uso de la esterilización quirúrgica voluntaria en Chile por parte de las mujeres y de los fac-

¹ Cálculo elaborado a partir de la información de Ingresos a Programa de Regulación de la Fertilidad, por edad y métodos. Página de internet de la Dirección de Estadísticas e Investigación en Salud (DEIS, 2018).

tores socioculturales, institucionales y estructurales que intervienen en el acceso a este método anticonceptivo, a través del análisis de prácticas y representaciones de usuarias del método, así como del personal de salud que participa en la atención.

Metodología

La investigación se desarrolló entre 2015 y 2017 en Valparaíso, Chile, en dos establecimientos de salud pública de esa ciudad: el Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry, y el Hospital Carlos Van Buren. Se partió de un diseño de investigación mixto, cualitativo y cuantitativo, en el cual se distinguen dos fases de producción de información: en la primera se elaboró una base de datos a partir de la revisión de expedientes clínicos para construir un perfil básico de las usuarias de esterilización quirúrgica del hospital Carlos Van Buren; y en la segunda se hizo un trabajo etnográfico a partir de entrevistas a usuarias de esterilización quirúrgica y personal de salud, y de observación de espacios de atención y actividades clínicas.

En la fase cuantitativa se trabajó con dos listados distintos:² uno de mujeres ya intervenidas y otro con mujeres que se encontraban en lista de espera para esterilización quirúrgica, con una total de 109 expedientes clínicos de usuarias de EQV seleccionados como muestra.³ La base de datos se elaboró a partir de una cédula de registro de información obtenida del expediente clínico, con 36 variables o categorías que incluyen dos tipos de información:

1. Relativa a la esterilización quirúrgica: año de la operación o solicitud, tiempo transcurrido entre ambos eventos, diagnóstico, controles de seguimiento, consentimiento informado, método quirúrgico, problemas de atención.
2. Datos sociodemográficos y de salud: edad, comuna de residencia, tipo de unión, actividad, escolaridad, situación laboral, nivel de ingresos, edad y actividad del progenitor, salud sexual y reproductiva (uso de métodos anticonceptivos, número de hijos/as, embarazos, abortos), otras morbilidades relevantes.

En la segunda fase se entrevistó a profundidad a seis mujeres esterilizadas, procurando obtener un grupo diverso en términos sociodemográficos y socioculturales,

² La lista de espera es un listado único de registro de las mujeres que solicitaron la EQV entre 2011 y 2016, y se incluyó para indagar en los criterios institucionales de aceptación o priorización de la esterilización. El otro listado se compone del total de mujeres esterilizadas en 2015. Entre los dos listados se revisaron en total 180 expedientes clínicos.

³ El cálculo del tamaño de la muestra se realizó teniendo en cuenta 80% de nivel de confianza con un nivel de significancia de 10% y un ajuste por pérdidas de la información en el seguimiento (expedientes que no están disponibles, están extraviados o no tiene la información necesaria) de 20%, mediante STATA 12.0. La muestra se compone de 45 expedientes de la lista de espera y 64 expedientes del listado de usuarias esterilizadas en 2015.

y en cuanto a su experiencia con la esterilización.⁴ Ambas fases metodológicas se vincularon en la selección de casos en los listados revisados, además se contactó a las mujeres por distintas vías, algunas eran usuarias del hospital o del consultorio público donde se realizó el trabajo de campo, y otras, eran consultantes privadas de médicos/as del hospital. Por otro lado, en esta misma fase se aplicaron 20 entrevistas semiestructuradas a personal de salud de distintas profesiones y funciones en torno a la atención de la esterilización quirúrgica en mujeres, y se observaron distintos niveles de atención y acciones de salud, como por ejemplo, consultas preventivas de ginecología, reunión clínica, cirugía de salpingo ligadura en el hospital, y controles de salud reproductiva en el consultorio, además de lugares de tránsito de ambos establecimientos, como la sala de espera o la oficina de dirección.

Para el resguardo de los principios éticos de investigación en salud, se sometió el protocolo a evaluación del Comité Ético e Investigación del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (Acta de aprobación núm. 10/2016 del 13 de abril de 2016), los sujetos de investigación aceptaron participar bajo carta de consentimiento informado y la revisión de expedientes clínicos se realizó bajo la estricta supervisión de un médico ginecoobstetra del hospital.

En este artículo se presentan resultados que contextualizan el problema en términos epidemiológicos y etnográficos, y resultados seleccionados de la fase cualitativa relacionados con el estigma en el proceso de atención a la esterilización quirúrgica en mujeres.

Situación de la esterilización y características de las usuarias

Las estadísticas generales del Hospital Carlos Van Buren muestran que en los últimos años se observa un descenso de salpingo ligaduras (SLG) (de 592 en 2005 a 324 en 2015), siendo las mujeres que tienen su parto vía vaginal y las que piden una esterilización de intervalo (desvinculado del parto) quienes más dificultades tienen para acceder a la prestación. Asociado a este fenómeno, la cesárea se ha convertido en la forma de desahogar la demanda no satisfecha por esterilización en el sistema público, como demuestran las estadísticas de EQV en un periodo de 10 años (2005-2015): en 2005 la SLG vía cesárea representaba 39.9% del total de EQV y en 2015 aumentó a 84.3%, ampliándose progresivamente la distancia entre una y otra forma de realizar esta intervención.

⁴ Se encuentran en el rango de edad de entre 27 y 43 años, siendo dos de ellas esterilizadas antes de los 30 años; tenían 2 o 3 hijos(as) al momento de esterilizarse; respecto al nivel socioeconómico, tres tienen un nivel bajo y tres un nivel medio, lo que se refleja en el acceso a salud, ya que las de nivel socioeconómico bajo se operaron en un hospital público y las de nivel medio en una clínica privada; por último, desde una perspectiva cultural, una es migrante interna e indígena *aymara*, otra es migrante dominicana, y las demás del área urbana de Valparaíso.

Respecto a quiénes son las mujeres que buscan este método, de la base de datos construida con una muestra de 109 usuarias de esterilización voluntaria, se desprende que en términos sociodemográficos, arriba de 50% es "dueña de casa" y, en cuanto al nivel educacional, cerca de la mitad completó su enseñanza media y una quinta parte no alcanzó a completar ese nivel. Es mayor la escolaridad incompleta en las usuarias esterilizadas que en las usuarias en espera, con 31.1 y 28.2%, respectivamente, pero la relación se invierte en el nivel técnico superior, ya que son más las mujeres con este nivel educativo entre las esterilizadas en comparación con quienes se encontraban en lista de espera. En relación con el tipo de unión, se distribuyen de igual forma entre convivientes, casadas y solteras, con una discreta mayoría en la categoría de convivientes. Por ser usuarias de un hospital público, casi todas las mujeres de la muestra son afiliadas al Fondo Nacional de Salud, lo cual indica que, a grandes rasgos, pertenecen al tramo socioeconómico de menores ingresos.

En cuanto a las características reproductivas, 70.3% tuvo su primer hijo(a) antes de los 22 años, un tercio de ellas lo hizo entre los 17 y 19 años, y alrededor de 10% fue madre entre los 14 y 16 años. Respecto a los progenitores, 37.5% de las usuarias de la lista de espera y 49% de las usuarias esterilizadas tuvo hijos con un mismo hombre. Sobre uso de métodos anticonceptivos, al igual que el patrón nacional, la píldora es el método más utilizado, seguida por la "T" de cobre y en tercer lugar los inyectables, con 38.9, 20.5 y 14.9%, respectivamente. Llama la atención que la mayoría haya utilizado un solo método en su trayectoria reproductiva, lo que quizá se explica por el escaso seguimiento que tiene este tema en la atención hospitalaria.

La edad y el número de hijos que tenían las mujeres al momento de solicitar la esterilización, o al momento de ser operadas, son datos importantes para dimensionar las circunstancias de vida presentes en el momento de decidirse a no tener más hijos(as). La mayoría fue esterilizada o lo solicitó por primera vez entre los 25 y 35 años, y 32.9% de las usuarias tenía 30 años o menos al momento de solicitar la eqv. Una proporción importante de usuarias (7.9%) fue esterilizada entre los 19 y 24 años. Respecto al número de hijos(as), la mayoría de las usuarias en lista de espera (42.2%) tenía dos hijos(as) al momento de solicitar la intervención, mientras la mayor parte de las usuarias ya esterilizadas (51.1%) tenía tres hijos(as) al momento de la operación. Esto podría estar reflejando una de las consecuencias del periodo de espera: el embarazo no deseado o no planificado.

El aborto y los(as) hijos(as), posteriores a la solicitud de esterilización son indicadores de consecuencias de la desatención. La mayoría de las usuarias seleccionadas, de ambos listados, declaró no haber tenido abortos, pero una proporción importante (29.7% de la lista de espera y 44.4% de las esterilizadas) tuvieron un aborto o más durante su vida reproductiva antes de solicitar la esterilización o ser esterilizadas. Por otro lado, 13.2% de las usuarias registradas en lista de espera y 16.6% de las esterilizadas tuvieron uno o dos hijos después de haber solicitado la eqv por primera vez.

La carga de enfermedad de las usuarias seleccionadas es muy alta: alrededor de 90% en ambos listados tiene alguna enfermedad crónica o aguda,⁵ mientras 48.43% de las usuarias en lista de espera y 88.8% de las esterilizadas tuvo una o más patologías gineco-obstétricas o asociadas con el embarazo. Ninguna usuaria es completamente sana entre las que se encuentran en espera y sólo seis lo son entre las ya operadas. Este resultado refleja la situación de salud materna de las mujeres a nivel país, ya que los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio representaron la segunda causa de mortalidad materna en el periodo 2002-2012 (Minsal, 2015).⁶

Prácticas y representaciones en torno a la esterilización quirúrgica

Las mujeres que desean esterilizarse siguen rutas y procedimientos diferentes en función de su seguro de salud. En una clínica privada el acceso es expedito, pagan y programan la intervención con el(la) médico(a); en cambio, en el sistema público de salud deben seguir una ruta que incluye varios niveles de atención, no escogen al(la) prestador(a) que las atiende y a veces deben esperar hospitalizadas más tiempo del disponible cuando llegan al parto, tal como señala una entrevistada "es toda una problemática porque va a parir un hijo pero dejó dos o tres en su casa, entonces mientras más días hospitalizada es más complejo para la pobre señora porque tiene múltiples roles" (entrevista, matrona, CESFAM). De los relatos del personal de salud se desprende que es frecuente que las mujeres cuyo parto es vaginal se vayan a sus casas sin ser esterilizadas y con ello pierden la oportunidad, debiendo repetir toda la ruta de atención desde el principio: "[...] las pacientes que tienen indicación de cirugía en su parto, es decir, de una cesárea programada, la salpingo ligadura se hace inmediatamente no hay problema, pero las pacientes que tienen parto y se quieren ligar después de eso, la posibilidad en este minuto de ligarlas es cero" (entrevista, médica 1, hospital).

Dos de las mujeres entrevistadas, que se atendieron en la salud pública, esperaron varios años para ser esterilizadas — Guadalupe esperó 7 y Manuela 4 — con consecuencias de aborto y acumulación de malestares y enfermedades por uso prolongado de otros métodos anticonceptivos.

Aunque legalmente toda mujer mayor de 18 años y en sus plenas facultades que desee esterilizarse debería poder hacerlo, en la salud pública existe en los hechos un sistema de priorización basado en criterios no estandarizados y quedan a discreción

⁵ Las enfermedades o problemas de salud fueron agrupados en ocho categorías de acuerdo con las mayores frecuencias encontradas: hipertensión, diabetes, cánceres, problemas tiroideos, obesidad, problema social, trastorno mental leve, problemas con el método anticonceptivo y violencia.

⁶ En 2009, 40.3% de las embarazadas fueron referidas a alto riesgo obstétrico (ARO) en el nivel secundario y la prevalencia de obesidad en embarazadas atendidas en el sistema público alcanzó 20% en 2007-2009 (Gobierno de Chile, 2010: 159).

de cada profesional: "Se llama a las que están para ligar, uno, la diferencia se hace entre parto y cesárea y, dos, se hace entre las fichas que están en lista de espera, no hay un criterio para elegir" (entrevista, matrona 4, hospital). Los más comunes son la edad y número de hijos, situación socioeconómica, enfermedades, riesgo social, el tiempo en lista de espera o días de hospitalización, entre otros, orientados notoriamente por las representaciones de género del personal de salud, donde el ser madre es central en la valoración que se hace de la usuaria solicitante. Las interrogantes que orientan los mecanismos subjetivos de acceso parecieran ser: ¿es capaz de ejercer la maternidad? ¿Ha tenido suficientes hijos(as)? ¿Cuánta vida fértil le queda aún?, pues a través de diversos mecanismos se rechaza o retrasa a las mujeres que biológica y socialmente están en condiciones de tener más hijos(as), al mismo tiempo que se hacen los esfuerzos por esterilizar a quienes no las tienen, originando con ello perfiles de mujeres aptas y no aptas para la esterilización.

Entonces acá viene el segundo filtro, yo por lo menos, converso y si son muy jóvenes sobre todo, la pongo en situaciones que puedan suceder a posterior, o sea, ya, puede que, tienes un hijo o dos hijos, en diez años más o quince años más estás todavía en edad fértil, por lo tanto, puede que te cambie tu situación de vida y quieras nuevamente tener hijos, ya, y a veces han desistido de hacerlo porque no tienen la información suficiente (entrevista, matrona 1, hospital).

Te puedo referir algún, por así decirlo, ejemplo, no sé, múltiparas de siete, que hay, grandes múltiparas como le llamamos nosotros y tienen, no sé, 30 años, 32 años y las chicas pueden hasta los 40, 45 años seguir teniendo otros hijos, entonces en ese caso si tú ves que tiene 7 hijos entonces ya [...] obviamente no va a cambiar mucho el paradigma social de esa señora (entrevista, matrona 4, hospital).

Las mujeres jóvenes, menores de 30 años, con uno o dos hijos, son especialmente desalentadas en su deseo de esterilizarse: "Me he encontrado con niñas jóvenes que han querido que las esterilicen, pero el médico le ha dicho no, no, no, que eres muy joven, qué se yo si después vas a tener otro hijo" (entrevista, técnico paramédico 1, hospital). Se apela al deseo materno y se justifica con la evidencia científica que existe en torno a que las más jóvenes son el grupo de edad con más altos índices de arrepentimiento y solicitud de cirugía de reversión.

Así, aunque es una prestación voluntaria y depende de la decisión de la mujer, en la práctica esta decisión queda en manos del(a) médico(a): "hoy en día la esterilización es a solicitud de la paciente, pero no hay ninguna garantía que asegure el cumplimiento de esa petición, por lo tanto, finalmente en la práctica igual es de indicación médica" (entrevista, médico 2, hospital). Ante la falta de un protocolo formal a seguir para seleccionar a las usuarias de EQV, se imponen criterios subjetivos que van configurando perfiles de mujeres o candidaturas a la esterilización.

Optar por la esterilización no es una decisión fácil, lo cual se aprecia en que las entrevistadas se justifican mediante sus problemas de salud; es decir, la motivación es involuntaria en primera instancia y sólo después reconocen intereses propios e individuales. En todo caso, son un conjunto de motivaciones. El estado de salud de estas mujeres se caracteriza por una acumulación de enfermedades o riesgos relacionados con su historia reproductiva. Así lo atestigua una de las entrevistadas: "Cada tres meses, lo probé todo po', me faltó la cuestión en el brazo que eso es hace poco no más [...] pero sufrí mucho yo, dolor de cabeza, era horroroso, entonces por eso tomé la decisión de [...] ¡y ahora no po'! nada, todo bien, ni un dolor de cabeza, de espalda, na'" (entrevista usuaria, Manuela).

En lo económico, la pérdida del empleo o inestabilidad laboral por parte del proveedor de la familia son circunstancias que influyen en la expectativa del número de hijos(as) que se desea tener y en la decisión de las mujeres de terminar su ciclo reproductivo. Pero más allá de situaciones coyunturales, hay un razonamiento pragmático expresado en frases como "tener los(as) hijos(as) que sea capaz de mantener y educar" (entrevista usuaria, Guadalupe) o "los tiempos no están para más" (entrevista usuaria, Manuela), refiriéndose con ello no sólo a la necesidad de garantizar condiciones materiales, sino también sociales y culturales, como la seguridad, el afecto y el cuidado.

Ganar independencia y autonomía tanto en el aspecto económico —por la posibilidad de generar ingresos propios— como por el tiempo del que dispondrán para hacer otras actividades, también son motivaciones para esterilizarse: "estoy en la etapa de trabajar, de ser independiente, de preocuparme más de mí, cosas que si tuviéramos un hijo no podría ser ahora, estaría cuidando guagua [...] no podría ser independiente en mi trabajo" (entrevista usuaria, Guadalupe).

En la interacción personal de salud/usuaria, los primeros ejercen presión para convencer a la mujer de la decisión que consideran correcta. Se insiste en cada uno de los espacios de atención donde encuentran oportunidad de hablar con la usuaria, poniéndola frente a posibles escenarios futuros en que podría arrepentirse, generalmente relacionados con una nueva pareja. Consideran que las usuarias no "le toman el peso" (entrevista, matrona 3, hospital) a la decisión de esterilizarse, porque confían en la posibilidad de reversión o no manejan la información correcta, y aunque lleguen con su consentimiento firmado, muchas no entienden qué se les hizo: "la paciente sale y no entiende que le hicieron y eso se ve con harta frecuencia aquí, que tú las educas y después tú vas y preguntas y no entendieron ni la cuarta parte" (entrevista, matrona 2, hospital). Por otro lado, en determinados periodos o condiciones de vida de las mujeres se cuestiona especialmente su capacidad para decidir, como es el embarazo o la juventud.

Respecto a las representaciones que el personal de salud tiene sobre la esterilización, ésta vendría a ser una consecuencia de cambios sociales, como la reduc-

ción del tamaño familiar, y de problemas sociales tales como la pobreza y la falta de educación en sexualidad. Se ve como un método de mujeres pobres, útil para frenar una especie de irracionalidad reproductiva que las caracterizaría, dado que "tienen un(a) hijo(a) tras otro(a)" (entrevista, matrona 2, hospital), a veces de distintos hombres y sin detenerse a evaluar si posee las condiciones materiales, sociales, económicas para sustentarlos(as). Muchas de estas mujeres mantienen relaciones temporales y asumen la crianza y manutención solas.

[...] también pasa por una cuestión de cultura, porque hay mujeres que simplemente no entienden lo que tú le tratas de explicar y es un nivel sociocultural demasiado bajo como para tomarle el peso de lo que significa la crianza de un hijo porque estos hijos van naciendo y van naciendo, se crían entre ellos y etc., etc. No es como nosotras, por ejemplo, que nosotras como que pensai ¡chuta otro más!, es que el colegio, es que tenís que educarlo, ellas no ven el futuro del enano [...] los chicos se van criando a la par no más, todos juntos, el más grande cuidó al más chico y etc, etc. (entrevista, matrona 2, hospital).

En tanto tecnología médico-científica, la esterilización no es bien valorada dada la amplia oferta de métodos de última generación existentes y por la ambigüedad en su definición como anticonceptivo, pues si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las normas oficiales chilenas lo consideran como tal, los(as) prestadores(as) de salud tienen diferentes opiniones y algunos lo invalidan por su carácter definitivo. Se cree que la EQV es un método superado, poco sofisticado, agresivo y de bajo interés para la práctica médica, describiéndolo como "radical" (entrevista, médico 1, hospital), "prehistórico" y "mutilador" (entrevista, médico 2, hospital), "invasivo" (entrevista, matrona 4, hospital). Como asunto de salud pública, refleja situaciones de injusticia social, pues en este caso la falta de acceso afecta a las mujeres más pobres, ya que son ellas quienes dependen por completo del sistema público para satisfacer sus necesidades de salud. La esterilización, pese a ser una intervención clínica y biomédica, no se ajusta al enfoque del sistema de salud, centrado en la enfermedad y la urgencia al ser una necesidad de salud preventiva y cuya decisión recae en las mujeres: "En cuanto al acceso, es complicado también porque son pacientes que no están enfermas, por lo tanto, en cualquier sistema de priorización están en el último lugar digamos" (entrevista, médico 1, hospital). Por último, se reconoce su importancia como derecho social: "Yo considero que es un tema de derecho, personalmente, o sea, cuando alguien toma la decisión de ligarse y de no traer más hijos al mundo yo creo que es una decisión muy madura, muy personal" (entrevista, matrona 3, hospital).

Una vez practicada la esterilización y hasta la alta clínica, que por lo general se extiende en un solo control posterior, se considera cumplido el objetivo mé-

dico; por ello, cuando las usuarias experimentan molestias y trastornos ya están afuera del protocolo de atención de la EQV. Varias de las entrevistadas tuvieron problemas asociados a la intervención: Guadalupe tuvo una lesión en la vejiga por la que se extendió su hospitalización, y debió pasar tiempo en total reposo una vez en casa; Elizabeth sufre de hinchazón y dolor en la zona umbilical en forma permanente; Marion tuvo una fuerte hemorragia durante la operación. Casi todas refieren cambios en el ciclo menstrual y vivencia sexual. Sólo en los casos en que son molestias que las inhabilitan o dificultan para cumplir con sus tareas cotidianas, verbalizan la intención de asistir al(la) médico(a), la cual está supeditado a la posibilidad de tener tiempo y dinero, además de delegar tareas y dejar encargados(as) a los(as) hijos(as), pero lo común es que se resignen a convivir con los malestares, generando a veces readaptaciones corporales (caminar más lento, no hacer fuerza, suprimir ciertos movimientos): “También más hinchada y me duele ahí cuando me aprieto, me duele por ejemplo, me he agachado así no más y me da como un dolor” (entrevista usuaria, Elizabeth).

La menstruación y la sexualidad son ámbitos que sufren bastantes alteraciones pero que no reciben atención, tanto de parte de las mujeres como del personal de salud. En relación con su ciclo menstrual, a algunas no les llegó más “la regla”: “Cuando tenía sangramiento yo sentía como que bajaba, decía ‘¡ah me está llegando la regla!’ y no alcanzaba ni a mancharme y me estaba llegando, era así como de sentir mi organismo y no lo siento ahora” (entrevista usuaria, Guadalupe); a otras se les alteró el ciclo cambiando el flujo, la regularidad y los síntomas: “Vez que me va a llegar me enfermo pero mal, me llega distinto no como antes, caigo hasta en cama y mucho” (entrevista usuaria, Elizabeth).

Sobre los efectos en la sexualidad, las experiencias son diferentes, unas perdieron el interés y deseo: “Yo lo he estado como asociando a eso porque antes era más activa, ya estoy como fome [aburrida] encuentro yo” (entrevista usuaria, Guadalupe); otras reavivaron su vida sexual: “se cerró la fábrica, pero se abrieron los juegos de diversión” (entrevista usuaria, Marion). Por otro lado, Lorena encontró en la esterilización una oportunidad para redescubrir su cuerpo sin el efecto de sustancias o mecanismos anticonceptivos y sin la preocupación permanente que implica evitar un embarazo, y Manuela experimentó mejoría en su estado general de salud, disminución de peso, desaparición del dolor de cabeza, de espalda, entre otros malestares con los que debió convivir por muchos años como usuaria de distintos métodos anticonceptivos.

Los(as) prestadores(as) de salud tienden a negar o relativizar los efectos colaterales derivados de la salpingo ligadura. Consideran que señalar a la esterilización como causa de cambios en la menstruación es un mito bastante extendido entre las usuarias, pero se explica por la readaptación del organismo al ciclo natural o sin el efecto de anticonceptivos: “No altera las reglas, no les va a alterar ningún flujo hormonal, nada, en la parte sexual” (entrevista, médica 2, hospital). Sólo se reco-

nocen posibles riesgos asociados a una mala maniobra quirúrgica o los síntomas propios de una cirugía: “Otro tipo de situaciones corresponde simplemente a los efectos propios de complicaciones de alguna cirugía que es abdominal, por laparoscopia, como sea, pero que es una cirugía que puede producir algunas complicaciones inmediatas más que secundarias, pero no hay ningún otro elemento que por lo menos sea demostrable” (entrevista, médico 3, hospital)

Al final prima el razonamiento de si no hay causas comprobables, las alteraciones se relegan al terreno de la mitología, de lo psicosomático o lo psicológico: “Hay que dejarle siempre en claro de que si no hay ningún problema de salud, que uno vea de que hay un absceso, que hay una masa que esté ocupando un espacio que esté causando un dolor, o sea, descartando todo eso dentro de un control ginecológico, es netamente psicosomático muchas veces y que tiene que ver con disfunciones en la relación de pareja” (entrevista, matrona, CESFAM).

Discusión: estigma, tensiones y resistencias al modelo reproductivo

Las prácticas de salud en el ámbito institucional, que reproducen estigma y discriminación, son causa importante de desigualdades en salud (Poteat, German y Kerrigan, 2013). En el presente trabajo se analizan prácticas y representaciones del personal de salud en la atención a la esterilización quirúrgica como formas de estigmatización hacia las usuarias basadas en determinados modelos de género, lo cual afecta el ejercicio de derechos de las mujeres en el plano de la sexualidad y reproducción, y además genera desigualdades sociales y culturales en el acceso a la salud.

La fertilidad y su regulación, así como las decisiones que la acompañan, son asuntos de disputa entre las libertades individuales, derechos colectivos e intereses institucionales, y en especial cuando éstos van en direcciones distintas, como sucede en Chile. Este país se encuentra en una situación demográfica decreciente en términos totales,⁷ y de manera específica en los grupos de población en que descansa el modelo económico, al aumentar la proporción de población envejecida y disminuir la económica y reproductivamente activa; se enfrenta al mismo tiempo a la valoración social y política cada vez mayor de las libertades individuales en esta materia, expresada en las movilizaciones feministas y en las adecuaciones paulatinas de los instrumentos jurídicos a los estándares internacionales de los derechos humanos. Existe, pues, un salto significativo en la construcción social de la esterilización quirúrgica, de ser una acción amenazante para las personas, en especial para las mujeres, pasa a ser percibido como un recurso que abona a la autonomía. De ser una violación a los derechos humanos para ser uno en sí mismo.

⁷ La tasa global de fecundidad es de 1.8 para Chile, situándolo como uno de los países latinoamericanos con TGF más baja, junto con Colombia, Brasil y Cuba (OMS, 2014).

Sin embargo, Chile se ha caracterizado por sumarse tarde en el contexto global al reconocimiento estatal de derechos liberales fundamentales para las mujeres, como el divorcio, que apenas se legalizó en 2004, o el aborto, que fue legalizado en su mínima expresión recién en 2017. Hoy en día asistimos a una confrontación entre los intereses del Estado que propugna medidas pronatalistas y la defensa del derecho a decidir, consigna que, por lo demás, está siendo problematizada por el movimiento de mujeres y feminista, desde perspectivas decoloniales, lésbicas y disidentes.⁸ Un ejemplo de esta tensión lo encontramos con el actual (y anterior) gobierno de Sebastián Piñera, que se ha empeñado en implementar medidas sociales para aumentar la natalidad y en octubre de 2018 anunció un proyecto de ley destinado a “motivar a los chilenos a tener más hijos”, con diversos beneficios a quienes tengan más hijos que el promedio nacional.⁹ En este contexto, si bien la esterilización quirúrgica está considerada dentro de la oferta anticonceptiva —y de acuerdo con el cambio normativo que tuvo lugar en el año 2000 se concibe como derecho reproductivo—, su promoción estaría reñida con el discurso político, mediático, e incluso el médico, que alerta sobre el envejecimiento poblacional y la baja tasa de fecundidad, lo cual no es aislado sino que se acopla al discurso internacional que antes fue marcadamente antinatalista, preocupado por disminuir la población considerada amenazante para el proyecto de modernidad (Canales, 2003), y hoy —por el contrario—, incentiva medidas pro-natalistas (Rodríguez, Molina y Quintana, 2015). Aunque la situación no sea homogénea, continúa primando la visión de los países de altos ingresos en la construcción del problema demográfico.

Las políticas de población pueden generar formas de estigma reproductivo calificando a las personas según su comportamiento sexual y reproductivo, en términos de racionalidad o irracionalidad. Los datos cuantitativos presentados en este artículo evidencian que la prevalencia de la esterilización en mujeres está bajando en forma sostenida, tanto a nivel nacional como en el establecimiento hospitalario focalizado, lo que contrasta con la alta demanda que en realidad tiene, y que vemos expresada en la existencia de una lista de espera y en el perfil de las usuarias de esterilización del hospital, con alta carga de enfermedad, mujeres que desean esterilizarse siendo jóvenes y eventos reproductivos no deseados, entre otros aspectos, lo cual es indicio de la priorización que de hecho se realiza. A esto debemos agregar

⁸ Existe actualmente una discusión política y académica sobre el concepto de derechos sexuales y reproductivos por ser un reflejo de necesidades, intereses y cosmovisiones occidentales, urbanas y heterocentradadas. Para ampliar este tema, consúltese: A. Davis (2005), *Mujeres, raza y clase*, Madrid, Akal; E. Roland (1995), “Direitos reprodutivos e racismo no Brasil”, *Estudos Feministas*, año 3, segundo semestre; A. Mines, G. Villa, R. Rueda y V. Marzano (2013), “El aborto lesbiano que se hace con la mano. Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012)”, *Bagoa. Estudos gays: gêneros e sexualidades*, vol. 7, núm. 9.

⁹ Véase la liga siguiente: <<http://www.t13.cl/noticia/nacional/pinera-anuncia-proyecto-premiar-familias-quieran-tener-mas-hijos>>.

el componente cualitativo, en el que los relatos de las usuarias y del personal de salud dan cuenta de las dificultades de acceso a la esterilización en la salud pública, y también develan formas de estigma que clasifican a las mujeres que desean ser esterilizadas conforme a un modelo de género.

El estigma genera una "identidad social devaluada" (Hsin *et al.*, 2007: 5) fundada en la dualidad naturaleza/cultura, en la que la naturaleza es aquello que "el hombre" debe gobernar y transformar para su beneficio. Las mujeres sangramos, nos embarazamos y parimos porque "somos" naturaleza. En este contexto, "el deseo de las mujeres no cuenta, porque se supone integrado en el orden de los discursos legitimados del sistema" (Saletti, 2008: 174). Planificada o no, la maternidad como hecho social es previo al deseo de las mujeres. Al ser la mujer homologada a la naturaleza, pierde su condición de sujeto (Curiel y Falquet, 2005), lo que es fundamental para comprender el impacto que tiene la negación del cuerpo y la sexualidad de las mujeres. En todo momento, el personal de salud evalúa si la mujer que desea esterilizarse ha cumplido con un ideal de paridad y si está en condiciones sociales y de salud para ejercer la maternidad. Se considera moralmente incorrecto, por ejemplo, que una mujer joven o sin hijos(as) se esterilice o que una mujer pobre con muchos hijos(as) no lo haga, generando estigma en mujeres que trasgreden estos modelos. Así, a las mujeres jóvenes se las representa como un grupo de riesgo, fácilmente influenciables y desinformadas, por lo que se cuestiona su capacidad para decidir de manera responsable. El relato de Manuela refleja muy bien esta situación: con 27 años al momento de esterilizarse, fue presionada por todo el personal que la atendió durante la ruta de hospitalización, insistiéndole que se podía arrepentir, incluso estando ya en el pabellón quirúrgico, "Sí, sí es verdad, hasta el anestesista ¡todos!, ¡ah!, la mujer tan joven y ya toma decisiones'. ¡Obvio, si yo soy adulta ya po! le digo" (entrevista usuaria, Manuela). Así también, las mujeres pobres son cuestionadas en su capacidad de decidir por sí mismas, al ser calificadas como "múltiparas" o "grandes múltiparas", con diagnóstico de "polinatalidad", que más allá de ser categorías neutras, están cargadas de significado asociado generalmente a mujeres pobres caracterizadas como irracionales en términos reproductivos. Poner en duda la capacidad moral de las mujeres es un mecanismo social y cultural patriarcal utilizado con bastante frecuencia, sobre todo cuando se trata de su propio cuerpo, como sucede en relación con el aborto, donde el estigma "puede ser definido como un entendimiento compartido de que el aborto es moralmente incorrecto y/o socialmente inaceptable" (Centro Las Libres, 2018: 7).

Estudios antropológicos han explorado cómo las mujeres continúan subordinadas, a través de un control social e institucional, en su capacidad reproductiva, y cómo como los cuerpos reproductivos han sido usados ampliamente para modelar poblaciones, determinando quiénes califican para ser miembros de la comunidad o de un Estado-nación (Wohltjen, 2011: 18). Se ha encontrado situaciones en que las muje-

res son cuestionadas en sus decisiones de usar o no usar procedimientos de regulación de la fertilidad a través de una retórica de la "correcta" condición de la mujer o de la "buena madre" (Wohltjen, 2011). El número especial de la revista *Anthropology & Medicine. Irrational reproduction: new intersections of politics, gender, race, and class across the north-south divide* (2012), reúne nueve artículos basados en etnografías que examinan cómo se manifiesta en la vida de las personas diferentes estrategias biopolíticas de acuerdo con contextos geopolíticos específicos, desde Asia hasta Latinoamérica: mujeres y parejas experimentan estigma por no adherirse a normas de procreación restrictivas, generando el "estigma reproductivo"; acusaciones de conducta irracional; surgimiento de nuevas definiciones normativas de lo que es una reproducción "razonable" o "responsable" y cambios importantes en las racionalidades biopolíticas, como sucedió en Brasil, donde la esterilización antes considerada por los profesionales de la salud como un método "racional" para las mujeres pobres, ahora es considerada "irracional" (Krause y De Zordo, 2012).

De acuerdo con la conceptualización del estigma de Link y Phelan, que considera su expresión como producto de relaciones de poder e "incluye discriminación estructural (cuando las prácticas institucionales perjudican a los grupos estigmatizados)" (Hsin *et al.*, 2007: 5), las formas de estigma que se exploran en este artículo tienen un efecto normativo, toda vez que el personal de salud influye en la decisión de las mujeres y gestiona el sistema de atención en salud para viabilizar un modelo ideal de familia (nuclear, heterosexual, entre un hombre y una mujer, y un par de hijos, o tres; Cienfuegos, 2015). La desatención de las necesidades de regulación de la fertilidad de la mayoría de las mujeres funciona como árbitro de los problemas de salud y discrimina entre las personas que son atendibles y cuáles pueden ser postergadas, "Por ello resulta de fundamental relevancia sanitaria explorar los procesos de atención-desatención, es decir, dilucidar qué hace atendible o desatendible a un ser humano y a una colectividad y cómo se instrumentan los procesos de atención y desatención" (Hersch y González, 2011: 25). La desatención de la esterilización quirúrgica voluntaria es alta, según la percepción de algunos(as) prestadores(as) llega hasta 80%, siendo la lista de espera uno de los indicadores de la demanda insatisfecha.

La fuerte dependencia que las mujeres establecen con el modelo médico hegemónico, de acuerdo con la propuesta de Menéndez (1992), implica medicalizar un proceso fisiológico normal y dejar sin recursos a las mujeres para construir su propio proyecto vital en el que se inserta lo reproductivo con un impacto profundo en sus vidas, pues el control de la fertilidad es una estrategia de sobrevivencia, de subsistencia y de supervivencia, toda vez que involucra los espacios individual, doméstico y de reproducción social (Peña, 2012). No sólo se expropia a las mujeres el control de su fertilidad, sino también su salud, asociada a la atención o a la desatención de esta necesidad, como lo muestran estos resultados, donde se aprecia la resignación con que las mujeres asumen las secuelas o efectos colaterales de la in-

tervención quirúrgica y la incapacidad del sistema de atención en salud para atender tales problemas. De esta manera, las acciones y políticas de regulación de la fertilidad siguen siendo “un poderoso instrumento de control social, político y económico” (Gynsburg y Rapp, 1991: 314), encaminadas a controlar el crecimiento de la población en forma diferenciada según criterios clasistas, racistas y colonialistas, en lo que podríamos llamar, parafraseando a estas autoras, como política de la reproducción, donde adquiere sentido la esterilización quirúrgica.

Conclusiones generales

El descenso de la prevalencia de uso de la esterilización quirúrgica en Chile se debe menos a una dinámica de demanda en salud que a las trabas que el sistema público de salud impone a las usuarias. Existe un doble estándar respecto a la esterilización: por un lado, se ofrece oficialmente como una alternativa anticonceptiva más a la cual puede acceder, en teoría, cualquier mujer que lo solicite (siendo mayor de 18 años y con capacidad de discernimiento); y por otro, el sistema de salud se encarga de negar este derecho al seguir criterios económicos que generan desigualdad en salud, biomedicina y atención de urgencias. El acceso también va a estar condicionado por el posicionamiento de los valores e ideología del personal de salud, lo cual genera criterios de prioridad o de “candidaturas” a la esterilización, traspasadas por lo que cada profesional considera correcto acerca de los comportamientos sexuales, reproductivos y de género, relegando las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres —como la esterilización— a un último lugar dentro de la salud pública. Estas prácticas son formas que toma el estigma reproductivo que afecta a las mujeres que no encajan en el ideal femenino de la maternidad, definido desde la biomedicina por la óptima utilización del potencial reproductivo de las mujeres (“años de vida fértil”).

Desde la experiencia de las mujeres usuarias de esterilización, la maternidad sigue siendo definitoria, pues buscan este método cuando han “cumplido” con el rol de género siendo madres, evitando con ello poner en riesgo su valía social; sin embargo, en este imperativo antes absoluto se observan rupturas y fisuras, expresadas en una trayectoria reproductiva más tardía, menos numerosa y menos unívoca. La feminidad, construida hacia la maternidad y al cuidado de los/as otros/as, está incorporando otras formas de cumplir con el mandato social, ya no la vida entera, sino sólo unos años; ya no en las peores condiciones, sino en la medida en que sea capaz de darles una buena vida; ya no a costa de la propia salud, ampliando con ello horizontes de realización personal de las mujeres. Por otro lado, pareciera que el sistema de salud y su personal no asimilan aún esta transición y continua operando un determinado modelo de género sustentado en la naturalización de la maternidad. Las formas de estigma reflejan justamente eso, descalificando a las mujeres que por edad y otras variables socioeconómicas y culturales las sitúan en condiciones de vulnerabili-

dad. Así, la atención de la esterilización quirúrgica en el sistema público de salud, la "salud" de las mujeres está determinada por su capacidad de quedar embarazadas y de ejercer como madres (Inhorn y White, 2001).

Agradecimientos

Al pueblo de México que hizo posible esta investigación por medio de una beca nacional del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), 2014-2018; a las mujeres usuarias y al personal de salud que generosamente compartieron sus relatos.

Referencias bibliográficas

- Canales, Alejandro (2003), "Demografía de la desigualdad. El discurso de la población en la era de la globalización", en A. Canales, y S. Lerner, *Desafíos teórico-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio*, México, Sociedad Mexicana de Demografía / Universidad de Guadalajara / El Colegio de México. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/281737633_Demografia_de_la_desigualdad_El_discurso_de_la_poblacion_en_la_era_de_la_globalizacion>.
- Centro Las Libres (2018), *Entendiendo el desarrollo y uso de las redes de acompañamiento para el aborto en estados de México con restricciones legales: un estudio longitudinal*, México, Ibis Reproductive Health.
- Cienfuegos, Javiera (2015), "Diversidad familiar y derecho en Chile: ¿una relación posible?", *Revista de Estudios Sociales*, núm. 52, pp. 15-171. Recuperado de: <<http://journals.openedition.org/revestudsoc/9138>>.
- Curiel, Oriel, y Jules Falquet (2005), *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet, Nicole Claude Mathieu*, Buenos Aires, Brecha Lésbica.
- Department of Economic and Social Affairs-Population Division (2015), *Trend in Contraceptive Use Worldwide*, Nueva York, United Nations. Recuperado de: <<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>>.
- Departamento de Estadísticas e Investigación en Salud (DEIS) (2018), Resúmen estadístico mensuales, Santiago, Ministerio de Salud. Recuperado de: <www.deis.cl/>.
- Eisen, David, y Soledad Díaz (2016), *Anticoncepción quirúrgica voluntaria*, Santiago de Chile, ICIMER. Recuperado de: <<https://www.icimer.org/documentos/anticoncepcion/01122017%20ANTICONCEPCION%20QUIRURGICA%20VOLUNTARIA%202016.pdf>>.
- Gobierno de Chile (2010), "Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo de todo el ciclo vital", *Objetivo estratégico*, no. 4, CICLO VITAL (borrador de consulta), Ministerio de Salud, pp. 89-114. Recuperado de:

- <https://www.minsal.cl/portal/url/item/94b4cb1b29bc26a2e04001011e013430.pdf>>, consultada el 10 de enero de 2019.
- Gynsburg, Faye, y Rayna Rapp (1991), "The politics of reproduction", *Annual Review of Anthropology*, núm. 20, pp. 311-343. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>>.
- Hersch, Paul, y Lilián González (2011), *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*, México, INAH.
- Hsin Yanga, Lawrence, Arthur Kleinman, Bruce Link, Jo Phelan, Sing Lee, y Byron Good (2007), "Cultura y estigma: la experiencia moral", *Este País*, núm. 195, pp. 4-15.
- Inhorn, Marcia, y Lisa Whittle (2001), "Feminism meets the 'new' epidemiologies: Toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health", *Social Science & Medicine*, núm. 53, pp. 553-567. Recuperado de: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600003609>>.
- Krause, Elizabeth, y Silvia de Zordo (2012), "Introduction. Ethnography and biopolitics: Tracing 'rationalities' of reproduction across the North-South divide", *Anthropology & Medicine*, vol. 19, núm. 2, pp. 137-151.
- Menéndez, Eduardo (1992), "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en *La antropología médica en México*, México, CIESAS / UAM. Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_486-495.pdf>.
- (2009), "De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y epidemiología mexicanas", *Salud Colectiva*, vol. 5, núm. 2, pp. 155-179. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000200002>.
- Ministerio de Salud (Minsal) (2006), *Encuesta Nacional de Salud 2006*, Santiago de Chile, Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf>.
- OMS (1993), *Esterilización femenina. Guía para la prestación de servicios*, Ginebra, OMS. Recuperado de: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/40943>>.
- (2014), *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131953/9789240692695_spa.pdf?sequence=1>.
- OPS / OMS (2011), *Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Recuperado de: <<http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>>.
- Peña Sánchez, Edith Yesenia (2012), *Enfoque biocultural en antropología: alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya*, Hidalgo, INAH, México.

- Poteat, Tonia, Danielle German, y Deanna Kerrigan (2013), "Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters", *Social Science & Medicine*, núm. 84, pp. 22-29.
- Río Fortuna, Cynthia del (2013), "Población, reproducción y derechos: un estudio comparativo de la política de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Brasil y Argentina", *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, núm. 13, pp. 9-42. Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/pdf/2933/293325757002.pdf>>.
- Rodríguez, Grisell, Matilde Molina, y Livia Quintana (2015), "Fecundidad. Estudio y comportamiento. América Latina y Cuba", *Revista Novedades en Población*, vol. 11, núm. 21, p. 1.
- Rodríguez, Laura, y Ignez Perpétuo (2011). *La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina: 15 años después de El Cairo 1994*, Santiago de Chile, CEPAL / CELADE (Serie Población y Desarrollo, núm. 102). Recuperado de: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/7134-la-transicion-la-salud-sexual-reproductiva-america-latina-15-anos-despues-cairo>>.
- Saletti, Lorena (2008), "Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad", *Clepsydra*, núm. 7, pp. 169-183. Recuperado de: <http://digi.ugr.es/bitstream/handle/10481/14802/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf;jsessionid=7DF6A35AFACEFC42B0F464CBF4F47C4?sequence=1>.
- Turner, Susan (2001), "Los derechos sexuales y reproductivos y su incidencia en la esterilización y procreación asistida", *Revista de Derecho*, vol. XII, pp. 207-216. Recuperado de: <<http://mingaonline.uach.cl/pdf/revider/v12n2/art15.pdf.P.21>>.
- USAID-The Respond Project (2012), "Synthesis of evidence on female sterilization collected for experts consultation", ponencia presentada en *A Fine Balance: Contraceptive Choice in the 21st Century*, Bellagio, Italia, 4-7 de septiembre. Recuperado de: <<http://www.respond-project.org/pages/bellagio/Overview-for-3-evidence-pieces-final-8-22-12.pdf>>.
- White, Kari, y Joseph Potter (2014), "Reconsidering racial/ethnic differences in sterilization in the United States", *Contraception*, vol. 89, núm. 6, pp. 550-556. Recuperado de: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035437/>>.
- Wohltjen, Hannah (2011), "Making reproductive health meaningful: An anthropological study of planned parenthood personnel in Lexington, KY", tesis de maestría, University of Kentucky, Lexington. Recuperado de: <http://uknowledge.uky.edu/anthr_o_etds/1>.