

# Consideraciones clínico-legales para acceder a la esterilización quirúrgica femenina: Chile en el contexto internacional (2014 - 2020)

*Clinical and legal considerations to access female surgical sterilization: Chile in the international context (2014 - 2020).*

**Fernanda Arenas-Verdugo<sup>1</sup>, Catalina Asencio-Carrillo<sup>1</sup>, Louisiana Lugo-Berrios<sup>1</sup>, Camila Rosas-Viligrón<sup>1</sup>, Danya Soto-Mansilla<sup>1</sup>, Catalina Velásquez-Mansilla<sup>1</sup>, Carolina Yakich-Goregoitia<sup>2</sup>, Macarena Martínez-Ordenez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Licenciadas en Obstetricia, Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián Sede Patagonia, Lago Panguipulli #1390, Puerto Montt, Región de Los Lagos.

<sup>2</sup> Magister (c) en Educación, Tecnología e Innovación. Universidad Internacional de Valencia, C. del Pintor Sorolla 21, Valencia, España. Docente Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián Sede Patagonia, Lago Panguipulli #1390, Puerto Montt, Región de Los Lagos.

<sup>3</sup> Magister en Salud Pública y Cuidado Materno Infantil, Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián Sede Patagonia, Lago Panguipulli #1390, Puerto Montt, Región de Los Lagos.

\*Autor para correspondencia: macamartinez@ug.uchile.cl

RECIBIDO: 08 de Julio de 2022

APROBADO: 28 de Febrero de 2023



DOI: 10.22370/revmat.1.2022.3297

NO SE RECIBE FINANCIAMIENTO, NO SE DECLARAN CONFLICTOS DE INTERÉS | ESTUDIO DERIVADO DE PROCESO DE TESIS DE GRADO PARA LICENCIATURA

**Palabras claves:** esterilización tubaria, anticoncepción, políticas de salud, barreras de acceso a los servicios de salud.

**Key words:** Tubal sterilization, contraception, health policy.

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar las consideraciones clínicas y legales para acceder voluntariamente a la esterilización quirúrgica femenina en Chile, en el contexto internacional que va entre los años 2014 y 2020.

**Metodología:** revisión sistemática narrativa. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scielo, Pubmed, Elsevier y Dialnet Plus utilizando los términos esterilización quirúrgica femenina, esterilización quirúrgica en mujeres, anticoncepción permanente, esterilización femenina permanente, acceso y legislación.

**Resultados:** se obtienen 19 artículos para análisis. La técnica más utilizada para la realización del procedimiento es la salpingectomía con oclusión ovárica. Se identifican barreras de acceso burocráticas, legales y tiempos de espera, información

y conductas profesionales que limitan a las mujeres que optan por este método de planificación familiar en todos los países analizados.

**Conclusión:** existen factores modificables y no modificables dentro de las consideraciones clínico-legales. Los primeros incluyen las conductas de los profesionales de la salud, y la información que se otorga a las mujeres para que logren una participación más activa dentro del proceso de decisión. Es en este punto donde la matronería debe relevar su rol.

## ABSTRACT

**Aim:** To analyze the clinical and legal considerations for accessing female surgical sterilization in Chile within the international context 2014 to 2020.

**Methodology:** a Narrative systematic review was conducted. Scielo, Pubmed, Elsevier, and Dialnet Plus were searched for published articles using the following DEC/Mesh terms “female surgical steri-

lization,” “surgical sterilization in women,” “permanent contraception,” “permanent female contraception,” and “access and legislation.”

**Results:** 19 articles were retrieved. The most used surgical technique is salpingectomy. However, barriers regarding access (bureaucratic, legal, and waiting lists), information, and professional behaviors limit women who choose this contraceptive method in all analyzed countries.

**Conclusion:** there are modifiable and non-modifiable factors in the clinical and legal considerations for accessing surgical sterilization. Midwifery needs to address the former because professional behaviors and the information women receive are essential to empower women's autonomy, enabling them to participate actively in the decision-making.

## INTRODUCCIÓN

La esterilización quirúrgica voluntaria (EQV) es el método anticonceptivo más utilizado por las mujeres a nivel mundial (18,9 - 25,9%), proyectándose una mantención de éste por 20 años (1).

Según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas en 2017, cerca del 50% de las 8.972.014 mujeres chilenas se encuentran en edad fértil (15 a 49 años) (2). Durante 2016, en nuestro país se realizaron 14.734 esterilizaciones quirúrgicas en los servicios de la red pública de salud (3). Al compararse con años anteriores, la cifra va a la baja. Santana et al., en 2019, postulan que esta baja es un “reflejo de las barreras que el sistema público de salud interpone a las usuarias” (4). Estas barreras se relacionan con acceso geográfico, el requerimiento de consentimientos firmados por terceros, la pérdida de oportunidad por dificultad para la obtención de horas con especialistas en el nivel secundario y el condicionamiento impuesto por instituciones sobre la realización del procedimiento bajo estrictos criterios clínicos (4).

En relación con las barreras de acceso, éstas no solo se limitan al acceso geográfico que hace referencia a la cercanía con el centro de atención, sino que pueden relacionarse con desatención de las listas de espera no GES, la reducción de uso de pabellones en los servicios e incluso a criterios subjetivos por parte de los profesionales encargados al momento de asignar un pabellón (5). Estos últimos criterios se reconocen como “construcciones de gé-

nero hegemónicas y formas de estigmatización” que se perpetúan pese a cambios en los cuerpos legales y orientaciones técnicas en el país (4).

Hasta el año 2002, en Chile se requería el consentimiento del cónyuge para acceder a la EQV en los servicios públicos de salud. Sin embargo, la actualización en la ley no considera el lente de género y equidad, ya que se reportan casos de solicitud de consentimiento conyugal aún después de la modificación de normativa (6).

Profundizar en las consideraciones clínicas y jurídicas en el contexto internacional permite comprender de mejor manera las barreras y facilitadores del sistema para las mujeres que deciden acceder a la EQV, así como también avanzar en la mejora de estas prácticas.

A través de esta revisión sistemática narrativa, comprendida entre los años 2014 y 2020, se busca i) determinar las consideraciones clínico-legales para acceder a la EQV en Chile y algunos países seleccionados, ii) comprender los marcos jurídicos que norman el ejercicio de la autonomía y el derecho que corresponde a cada mujer de planificar los hijos que desea a lo largo del curso de vida.

## MATERIAL Y MÉTODO

La metodología utilizada fue la revisión sistemática narrativa, que la que se definen como áreas temáticas el área gineco-obstétrica y el área legislativa. En esta última se incluyeron las normativas y políticas que regulan la EQV en Chile y países seleccionados.

Como marco referencial y a modo de optimizar la búsqueda se definió la pregunta PICO de la siguiente forma:

**Participantes/pacientes:** se consideran las mujeres en edad fértil que intentan recurrir a esterilización quirúrgica.

**Intervención:** son las consideraciones clínico-legales para el acceso a esterilización tubaria.

**Comparación:** se establece un análisis entre países seleccionados y Chile

## RESULTADOS

En cuanto a los resultados, se establece una relación entre las diferencias en las consideraciones clínico-legales (barreras o facilitadores) para el acceso a la esterilización tubaria. Para esta revisión se incluyeron estudios descriptivos, analíticos, libros, leyes, manuales y normas que se publicaron entre los años 2014 y 2020, tanto en idioma español y anglosajón. Se excluyeron de esta búsqueda artículos académicos con restricción de pago, en calidad de preprint, y las tesis de pregrado.

Para el acceso a las bases de datos se utilizó la Red de Bibliotecas de la Universidad San Sebastián. De todas las bases disponibles se verificó que incluyeran tanto al área gineco-obstétrica como el área legislativa, quedando finalmente Scielo, Pubmed, Elsevier y Dialnet Plus. Se utilizaron los descriptores “esterilización quirúrgica femenina”, “esterilización quirúrgica en mujeres”, “anticoncepción permanente”, “esterilización femenina permanente”, “acceso y legislación”. Y, además, se crearon las siguientes formulaciones de búsqueda: “esterilización quirúrgica NOT masculina”, “esterilización quirúrgica en mujeres NOT hombres”, “female surgical sterilization NOT male”, “esterilización quirúrgica femenina acceso AND legislación”, “female surgical sterilization access AND legislation”.

A continuación, se detalla el número de resultados obtenidos en las principales bases de datos bajo el protocolo previamente establecido:

Se rescataron 37 documentos -que incluyen normas, artículos y leyes- y se eliminaron los duplicados. Se registraron los documentos en la base de datos, incluyendo el título, la identificación de los autores, la fecha de publicación, el idioma de publicación, el país y se realizó la lectura crítica de estos documen-

tos evaluando que contengan (i) técnicas de esterilización más frecuentes, (ii) uso de consentimiento informado para el procedimiento, (iii) vías de acceso a la EQV en mujeres, y (iv) los requisitos para la EQV.

Los artículos se evaluaron a través de la pauta de chequeo PRISMA (7), con lo que se decidió la calidad de los artículos, frente al disenso se presentó el análisis a un evaluador externo con experiencia profesional en el área, delimitando la revisión final a 19 artículos.

Cifras internacionales (8) determinan que la EQV es el método anticonceptivo más utilizado en el mundo (9, 10) entre mujeres casadas sobre los 40 años, de menor nivel educativo y socioeconómico (9). No existe condición médica que restrinja en forma absoluta la EQV, pero existen algunas condiciones y circunstancias que requieren ciertas precauciones de acuerdo con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (11) y el Ministerio de Salud de Chile, en sus manuales de regulación de la fertilidad (1).

### Consideraciones clínico-legales en Chile

En relación con la legislación, en Chile la Ley N° 20.418 (12) fija las normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Ésta establece que toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad por parte de un profesional apto o capacitado para ello.

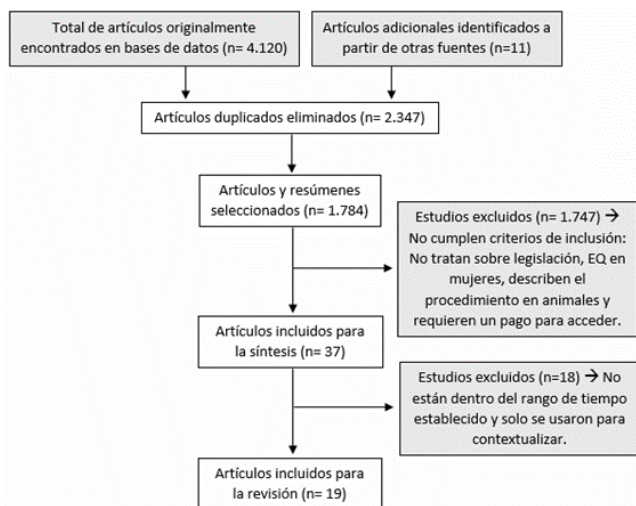
Esta información debe ser entregada, en forma clara, comprensible, completa y confidencial. Lo que garantiza que se respete el derecho a elegir libremente y sin coacción de ninguna clase, el método de planificación familiar y su acceso.

Tabla I.

Bases de datos	Female surgical sterilization	(+) NOT male	(+) filtro años 2014-2020	Esterilización quirúrgica femenina	(+) NOT masculina	(+) filtro años 2014-2020	Esterilización quirúrgica en mujeres	(+) NOT hombres	(+) filtro años 2014-2020
SciELO	19	1	1	4	0	1	9	0	3
PubMed	28.961	19.628	4.074	0	0	0	4	4	1
Elsevier	22	8	3	69	37	12	166	61	16
Dialnet plus	7	2	1	13	12	3	12	8	5

**Nota:** La tabla presenta los resultados obtenidos en las bases de datos utilizadas y los descriptores utilizados para la búsqueda.

**Figura 1:** Síntesis PRISMA de la revisión sistemática



Este acceso debe ser garantizado por el Estado mediante medidas y/o planes apropiados para ejercer los derechos establecidos por ley. Por último, las personas tienen derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual (1).

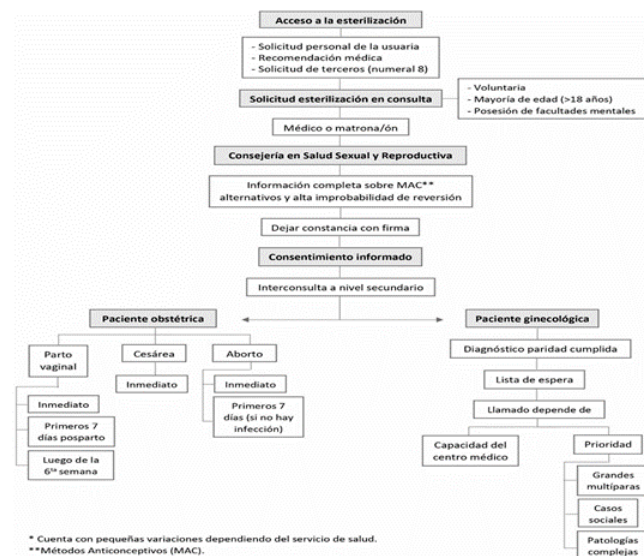
El flujograma para que una mujer pueda acceder a la EQV en Chile se explica en la siguiente figura, cuyos requisitos son el ser mayor de edad, firmar un consentimiento informado, no tener ninguna discapacidad mental ni cognitiva, las morbilidades crónicas deben estar en tratamiento médico o compensadas y como recomendación no condicionante está el tener un Índice de Masa Corporal (IMC) menor o igual a 35 (1).

Es posible observar que la vía más expedita para acceder a la EQV es a través del sistema de salud privado, pero se asocia a mayor costo económico para las usuarias, siendo esta una limitante importante para la población más vulnerable que depende del sistema público de salud (1).

### Condiciones clínico-legales en Estados Unidos

En Estados Unidos, un tercio de las mujeres acceden a la EQV por diferentes vías quirúrgicas. Dentro de las consideraciones legales se incluye la mayoría de edad (18 o 21 años dependiendo de la norma federal), firma de consentimiento informado (13), no poseer ninguna discapacidad mental o cognitiva y un

**Figura 2:** Flujograma de acceso a la esterilización quirúrgica en el sistema público en Chile.



\* Cuenta con pequeñas variaciones dependiendo del servicio de salud.  
\*\*Métodos Anticonceptivos (MAC).

Fuente: Elaboración propia basado en Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, 2018

período de reflexión de 30 días. En este país, la EQV femenina ha aumentado en frecuencia como método de planificación familiar, sin presentar distinciones entre grupos raciales (13).

Respecto del género, no se encontraron estudios que abordaran directamente la temática. Algunos estados han garantizado su cobertura a través del Affordable Care Act [T.A: Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio]. No obstante, existen barreras que impiden que las mujeres se sometan a los procedimientos de esterilización. En particular, los requisitos estatales de consentimiento, solicitudes de esterilización posparto no cumplidas, y la prohibición del procedimiento en algunos hospitales religiosos (9). En este contexto, la obstaculización al acceso varía según las legislaciones propias del estado de residencia. Esta heterogeneidad produce un importante movimiento interestatal de mujeres que buscan la realización del procedimiento con mayor autonomía, desde estados más conservadores hacia estados más progresistas (13). Esta situación contrasta con otros países como Chile y Francia, donde el Estado ampara sus garantías a nivel nacional y no se requiere el traslado interregional o este es muy ocasional (1, 14).

### Condiciones clínico-legales en Perú

Los requisitos que establece la normativa para acceder a la EQV según el Ministerio de Salud (MINSA) son que debe ser solicitado de forma voluntaria por una mujer mayor de edad, quien debe firmar un consentimiento informado previo a una evaluación médica y dos sesiones de orientación o consejería, sumado a un período de reflexión mayor a 72 horas (15). Además, existe la recomendación no condicionante de no ejercer este procedimiento en mujeres menores de 25 años, lo que está asociado a la probabilidad de arrepentimiento. Este procedimiento se incorpora dentro de la oferta anticonceptiva de planificación familiar a fines de los 70' de forma privada y a fines de los 80' en los programas nacionales de salud pública, con el fin de satisfacer la demanda en mujeres de alta paridad y como estrategia preventiva para reducir los índices de morbilidad materna en las grandes multíparas (16). Sin embargo, la realización de EQV forzadas en mujeres de bajos ingresos incidió en la disminución de su uso en este país (17).

### Condiciones clínico-legales en Francia

En el año 2001 se promulga la Ley N°2001-588 que indica los criterios para que las mujeres puedan acceder a la EQV. En este caso quienes deseen este método deben ser mayores de edad, solicitar el procedimiento de manera voluntaria, firmar un

consentimiento informado y pasar por un período de reflexión de cuatro meses desde la solicitud (14). Esta última, debe ser realizada por la mujer de forma voluntaria, razonada y deliberada. Al compararlo con los países previos, el acceso a EQV en Francia es más expedito, pero se detecta la falta de promoción de este método anticonceptivo por parte de los especialistas, lo que dificulta el acceso a información oportuna y adecuada sobre el procedimiento (18).

### Aspectos éticos y sociales

Los derechos sexuales y reproductivos reconocen la autonomía que tienen las personas para decidir sobre su fertilidad (1). Por lo mismo, constituyen un derecho accesible y voluntario el que las mujeres se decidan por la EQV con o sin hijos, pese a la oposición que existe en este último punto.

Esta oposición refleja cómo a lo largo de la historia el aparato estatal, la religión, cultura, sociedad y el sistema de salud han relevado los aspectos de maternidad y crianza como el rol más relevante de las mujeres, transformándolo en una carga social y en la idea de que una “familia ideal tiene más de un hijo” (19). Sin embargo, el concepto de familia y los roles de las mujeres en la sociedad han cambiado con el tiempo. La realización personal o profesio-

**Tabla 2:** Síntesis de requerimientos para la Esterilización Quirúrgica Voluntaria (EQV) en Mujeres

Países	Chile	Estados Unidos	Francia	Perú
<b>Requisitos de accesibilidad para la EQV</b>	Ser mayor de edad.	Ser mayor de 18 o 21 años dependiendo de la norma federal.	Ser mayor de edad.	Debe ser solicitado de forma voluntaria.
	No tener ninguna discapacidad mental o cognitiva.	Firma de consentimiento informado.	Debe solicitarse de forma voluntaria.	Ser mayor de edad.
	Firmar consentimiento informado.	30 días de periodo de reflexión.	Firma de consentimiento informado.	Dos sesiones de orientación/consejería previa
	Morbilidades crónicas deben estar en tratamiento médico y compensadas.	No poseer ninguna discapacidad mental.	Periodo de reflexión de 4 meses.	Firmar consentimiento informado.
	IMC menor o igual a 35*.			Periodo de reflexión > 72 horas.
				Evaluación médica completa previa.
				No ejercer en mujeres menores a 25 años*.

\*Recomendaciones no condicionantes

**Nota:** La tabla anterior muestra comparación de requerimientos solicitados por los países estudiados en la investigación.

nal de las mujeres ha llevado a posponer la maternidad, o simplemente a no querer tener hijos, por lo que más mujeres buscan un método de alta eficacia como la EQV (99% de acuerdo con el Índice de Pearl) (1). Esto último ha sido difícil de aceptar por parte de la comunidad de profesionales de la salud y la sociedad en general, que usualmente plantean como argumento la posibilidad de la existencia de arrepentimiento ante la realización del procedimiento. Sin embargo, la probabilidad de arrepentimiento es mucho mayor en mujeres menores de 30 años, que no se corresponde a la mayoría de las mujeres que busca este método.

En Chile, entre un 5-15% de las mujeres evidencian algún tipo de arrepentimiento que, por lo general, se asocia a disolución o formación de nuevos vínculos, o al fallecimiento de un hijo (1). Pese a esto, se establece que no se debe negar el acceso a la EQV a mujeres nulíparas y/o jóvenes ya que se vulnera el principio de autonomía consagrado dentro de los derechos sexuales y reproductivos. En lugar de coartar, o incluso coaccionar la decisión de la mujer, debe establecerse una consejería libre de sesgos y juicios de valor en donde se les indiquen las condiciones y eficacia de cada uno de los métodos disponibles en los servicios (1). Si los servicios o los proveedores de éstos no pueden garantizar este tipo de prestación, las usuarias que solicitan la EQV deben ser derivadas a profesionales o instituciones competentes en la materia (1).

## CONCLUSIONES

Las consideraciones clínico-legales utilizadas para la realización de la EQV en Chile y los países seleccionados son similares en términos de requisitos. Estos incluyen la solicitud voluntaria de la mujer, la mayoría de edad y la firma de consentimiento informado. Sin embargo, los tiempos de reflexión sobre el proceso varían entre países, siendo Chile el único en donde este período de reflexión no se incluye. El contexto en este ámbito puede ser fundamental, ya que los tiempos de espera para acceder a pabellones han aumentado, aún más después de la pandemia por la enfermedad del COVID-19.

Pese a que la esterilización quirúrgica femenina se considera una de las mejores opciones dentro de la amplia gama de oferta anticonceptiva en el país, se aprecia la existencia de una gran barrera en el acceso a ella, principalmente en el sistema público de sa-

lud. Esta consta de factores que pueden ser actitudinales, como las conductas de las y los profesionales de salud, quienes de forma contraria a los requisitos establecidos por la legislación de cada país tienen un rol decisivo o "última palabra" y ejercen poder sobre el cuerpo de las mujeres.

Este poder se manifiesta en la coacción soterrada o en la interpelación directa a la decisión cuando se rechazan solicitudes de esterilización de forma arbitraria. Por lo que pese a las luchas y los diferentes espacios que han logrado conquistar las mujeres en la actualidad, la autonomía femenina es coartada cuando existe un evidente poder y control del estado sobre su cuerpo. Por esto mismo, el rol profesional debería enfocarse en la educación y acompañamiento en las decisiones de las usuarias en lugar de ejercer influencia en ellas. Esto se traduciría en un mayor empoderamiento de las mujeres en torno a su salud sexual y reproductiva mediante la entrega de una adecuada y correcta información.

También existen factores administrativos en donde las modificaciones necesarias son de tipo estructural, estas se relacionan con las listas de espera para especialista y la priorización del uso de los pabellones quirúrgicos. Ambas circunstancias influyen en la rapidez con la que se puede llevar a cabo el procedimiento, ya que en ocasiones la espera por periodos prolongados podría involucrar una nueva gestación que inhabilita a la usuaria para la realización del procedimiento.

Un factor importante que no se debe pasar por alto es que una condición que prevalece para realizar el procedimiento es la realización inmediata después de un parto por cesárea. Esto condiciona a que mujeres sanas que consideren su paridad cumplida y que perfectamente podrían tener su parto vía vaginal se vean en la necesidad de someterse a una cesárea para poder optar a la esterilización.

Se perfila que nuevas investigaciones, con enfoque cualitativo y cuantitativo, intenten enfocarse en comprender las barreras de acceso a este método anticonceptivo en mujeres de edad fértil nuligestas, las que en los últimos años han manifestado, desde la sociedad civil, una serie de impedimentos adicionales a los develados en esta investigación.

Dado que parte del rol profesional de las matronas y matrones se fundamenta fuertemente en los derechos sexuales y reproductivos se hace impera-

tivo continuar estudiando las políticas públicas relacionadas con la asistencia a este grupo particular de mujeres en un contexto en donde las políticas con enfoque de género han tomado importancia en la agenda pública.

Las matronas y los matrones pueden influir de manera positiva a través de su rol como consejeras y consejeros en salud sexual y reproductiva en que se respete la autonomía de las usuarias. Entregar una consejería adecuada incluye no disuadir ni persuadir a las personas autónomas en sus decisiones; sino que orientarlas sin emitir juicios de valor.

Como profesionales de la salud es importante reconocer cuándo no es posible realizar una consejería libre de sesgos, por lo que se debe derivar a profesionales que puedan ayudar a la usuaria a navegar a través del sistema de salud cuando una solicitud no es acogida netamente por juicios de valor.

Para que esta influencia positiva desde el rol profesional se concrete es necesario que el Estado garantice el acceso oportuno para todas las usuarias que deseen acceder a este método de planificación familiar, sin restricciones arbitrarias y con garantías de respeto a los derechos humanos y a las consideraciones de género. Esto puede lograrse trabajando en la promoción del método e implementando políticas de salud sexual y reproductiva, de manera que se capacite constantemente a los profesionales de la salud para que tanto ellos como las usuarias reciban información actualizada respecto al procedimiento, la técnica a utilizar, condiciones para el acceso, riesgos y beneficios, entre otros.

## REFERENCIAS

**1. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).** Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad [Internet]. Chile. 2018 [consultado 30 de abril de 2022] Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30\\_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf)

**2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE).** Síntesis de resultados Censo 2017 [Internet]. Santiago, Chile. 2018 Jun. [consultado 30 de abril de 2022] Disponible en:

<http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>

**3. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).** Esterilizaciones según sexo, por Región y Servicio de salud, SNSS 2016 (Datos preliminares). Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Santiago, Chile. 2021. [consultado 30 de abril de 2022] Disponible en:

<https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2016/REM24SECCIOND/REM24SECCIOND.aspx>

**4. Santana P, Peña E.** Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo. *Antropología Sexual* [Internet]. 2020 Dic [citado 30 de abril de 2022]; 1(10): 105-23. Disponible en:

<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/15886>

**5. Escobar V, Sanhueza O.** Mujeres profesionales en ruptura con la maternidad: La decisión de no tener hijos y sus implicancias en la esfera de lo laboral y la salud sexual-reproductiva en Chile, 2018. *Rev Enfoques* [Internet]. 2018 Oct [citado 30 de abril de 2022]; 16(29): 1-32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428979>

**6. Casas L, Dides C.** Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos. *Acta bioeth* [Internet]. 2007 Nov [citado 30 de abril de 2022]; 13(2): 199-206. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2007000200007&lng=en&rm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200007&lng=en&rm=iso&tlng=en)

**7. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Goetzsche PC, et al.** The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. 2009. *PLoS Med* 6(7):e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100

**8. United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division.** Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet. 2019. [consultado 30 de abril de 2022]. Disponible en:

[https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un\\_2019\\_contraceptiveusebymethod\\_databooklet.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf)

9. **Stuart G, Ramesh S.** Esterilización Femenina de Intervalo. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [citado 30 de abril de 2022]; 131(1): 117-24. Disponible en: [https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Jan2018\\_Translation\\_Stuart.pdf](https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Jan2018_Translation_Stuart.pdf)
10. **Blümel J, Soledad M.** Anticoncepción en la premenopausia: Esterilización quirúrgica femenina. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2020 [citado 30 de abril de 2022]; 88(Supl 1): S109-S120. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms2011.pdf>
11. **World Health Organization, & World Health Organization.** *Reproductive Health*. (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth Edition. World Health Organization
12. **Gobierno de Chile.** Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad. Ley N° 20.418 de 28 de enero de 2010 [consultado 30 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482>
13. **Tazkargy A.** From coercion to coercion: Voluntary sterilization policies in the United States. *Law & Ineq* [Internet]. 2014 Jun [citado 30 de abril de 2022]; 32(1): 1-35. Disponible en: <https://scholarship.law.umn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1247&context=lawineq>
14. **Gobierno de Francia.** Relativa a la interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción. Ley n° 2001-588 del 4 de julio de 2001 [consultado el 30 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>
15. **Ministerio de Salud de Perú (MINSA).** Norma Técnica de Planificación Familiar [Internet]. Perú. 2017 [consultado 30 de abril de 2022] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
16. **Guzmán A.** Controversias sobre anticoncepción. Anticoncepción quirúrgica voluntaria como alternativa a los métodos anticonceptivos reversibles de larga acción-LARC. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2017 [citado 30 de abril de 2022]; 63(1): 81-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n1/a10v63n1.pdf>
17. **Samaniego R, Verastegui A, Mejia C.** Factores asociados a la no realización de la esterilización quirúrgica en mujeres gran multiparas de la serranía peruana, 2017. *Rev. chil. obstetra ginecol* [Internet]. 2019 [citado 30 de abril de 2022]; 84(1): 18-27. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000100018](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000100018)
18. **Gormley R, Vickers B, Norman WV.** Comparación de opciones para mujeres que buscan anticoncepción permanente en países de altos recursos: un protocolo para una revisión sistemática. *Syst Rev* 8, 74 [Internet]. 2019. [citado 30 de abril de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-019-0987-7>
19. **Julio L.** Maternidad: opción de vida o imposición social. *Rev Palobra* [Internet]. 2019 Oct [citado 30 de abril de 2022]; 19(2): 54-69. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/palobra/article/view/2534/2119>