

INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS

68(2000) 61-67

**ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA E INVOLUNTARIA:
NEGACION Y ABUSO DE DERECHOS**

R.J. Cook, B.M. Dickens*

Facultad de Medicina y Centro Anexo para Bioética, Universidad de Toronto, Canadá

Resumen:

Las leyes que facultan a las personas capaces para tomar decisiones libres e informales acerca de la esterilización, reconocen el derecho a la elección reproductiva. Las leyes que permiten a otros practicar la esterilización a personas discapacitadas que no pueden libremente consentir corren el riesgo de restringir y negar los derechos humanos. Las leyes que prohíben la elección de las personas capaces con respecto a su propia esterilización, son comparativamente coercitivas e infringen los derechos humanos de decidir cuándo y con qué frecuencia se quiere tener hijos. Cuando el enfoque de las leyes de esterilización como un procedimiento hecho por los pacientes o para los pacientes, es a menudo un enfoque ambivalente. La minucia de estas leyes pueden indicar si contienen un potencial liberador o por el contrario uno coercitivo. Los programas que ofrecen información para las personas que desean someterse a una esterilización pueden ayudar a aquellos que están en desventaja para lograr sus objetivos, pero también pueden parecer que ejercen coerción en aquellos que, por causa de la pobreza o de la dependencia, no son capaces de discernir. ©2000 International Federation of Gynecology and Obstetrics.

1. INTRODUCCIÓN

En el siglo XX el uso de la esterilización forzada como instrumento genocida[1] ha dejado un cúmulo de sospechas y preocupaciones que surgen cuando los gobiernos y otras entidades importantes proponen programas que incluyen la esterilización. En 1995, la provincia canadiense de Alberta reconoció que se había practicado herroneamente una esterilización en 1959 a una niña de 14 años de edad que se encontraba institucionalizada en un entorno que el juez del juicio describió posteriormente como ‘una atmósfera en la que la falta de respeto por la dignidad humana de la señora Muir, ofendía el sentido de decencia tanto de la comunidad y como del tribunal’ [2]. El procedimiento se practicó bajo la legislación aprobada en 1927 y abolida en 1972, como parte del Movimiento Eugénico en los países occidentalizados. El gobierno de Alberta negoció la compensación de US\$82 millones para 247 reclamos de esterilización inadecuada. En forma similar, en el verano de 1997, un periódico sueco reveló que entre 1935 y 1975 miles de mujeres suecas habían sido esterilizadas contra su voluntad, bajo la legislación existente[3].

La evidencia reciente de esterilización forzada, por ejemplo en el caso de las mujeres pobres en Perú[4] y de las poblaciones indígenas de Brasil[5], así como la condena judicial a patronos de los Estados Unidos que niegan oportunidades de empleo a las mujeres en edad fértil[6], debe poner en alerta a los médicos acerca del peligro que los procedimientos de esterilización que se proponen practicar pueden presentar por ser poco éticos o ilegales y que aún cuando se cumpla

dentro del mandato de la constitución nacional, pueden constituirse en un abuso de los derechos humanos.

Mientras el riesgo de esterilización forzada exista. como por ejemplo, las recientes propuestas para esterilización de personas ciegas y con otras incapacidades en Zambia y Tanzania [7], la prohibición de elegir en forma libre e informada dicho procedimiento no es menos opresiva. El mandato bíblico de “creced y multiplicaos” condicionó las leyes con influencia religiosa a prohibir la elección de la esterilización como un medio de control de la fecundidad para los individuos independientes, salvo por indicación médica. El movimiento a favor de la libertad de elección de la esterilización ha ido en paralelo con la elección anticonceptiva y ha sido rechazado por muchas de las mismas instituciones religiosas que se oponen a la legalización del aborto. Sin embargo, en 1985 pudo observarse que la esterilización legal y voluntaria ha comenzado a ser utilizada por más mujeres en todo el mundo como una protección contra el embarazo, inclusive más que cualquier otro método anticonceptivo [8].

2. EVOLUCIÓN LEGAL MODERNA

La ley consuetudinaria anglosajona, aún fuertemente reflejada en las leyes basadas en la tradición del derecho común inglés, se desarrolló para condenar la imposición de castración como un hecho ilegal (o mutilación). La prohibición se basó en los órganos reproductivos del varón que son accesibles externamente, pero se extendió más allá de lo que los individuos podían hacer a otros para incluir lo que podían hacerse o permitir para sí mismos. La posición negativa que condicionó los enfoques legales sobre la esterilización, encubrió el desarrollo de técnicas seguras de esterilización femenina, y se prolongó más allá de la segunda mitad del siglo XX. En 1954, ante el Tribunal de Apelaciones de Inglaterra, por ejemplo, un juez distinguido escribió que “la esterilización no terapéutica en el hombre, es ilegal...”, aún si el hombre otorga su consentimiento’. Tomemos el caso de una operación de esterilización que se realiza para permitir a un hombre disfrutar del acto sexual sin asumir las responsabilidades que son inherentes al mismo. La operación se considera, entonces, injuriosa para el interés público. Es degradante para el hombre mismo. Es injuriosa para su esposa y para cualquier mujer con la que el hombre se case, y eso para no decir nada acerca de la forma como facilita las conductas licenciosas[9].

La importancia de este caso radica en que dicho argumento a pesar de ser declarado inadmisibile y vetado por la mayoría de los jueces quienes demostraron la extemporariedad e incorrección del mismo, fue tomado y continuamente citado en la literatura médica como representativo de la ley; quizás debido al alto perfil público del juez involucrado, quien hasta su muerte temprana en 1999 fue declarado como el jurista más importante de su época. Como resultado de la unión del conservatismo médico y religioso, la esterilización voluntaria quedó caracterizada como un procedimiento prohibido o dudoso.

Debido a la penumbra que rodeó las solicitudes de esterilización, la práctica se desarrolló en hospitales, a menudo reflejada en las regulaciones hospitalarias, como la de aceptar las solicitudes de las esposas únicamente cuando iban acompañadas de la aprobación del esposo. Esto reflejaba la creencia de que los esposos tenían derecho sobre la fertilidad de sus esposas y que por lo tanto, legalmente podían imponerse sobre la elección de sus esposas en cuanto al control de la fecundidad; a medida que la vasectomía era reconocida, cada vez con más fuerza,

como legal, a los esposos solicitantes solo raras veces se les exigía el consentimiento de sus esposas, reflejando así desde un análisis de género las restricciones históricas sobre anticoncepción y aborto, en el sentido de que las mujeres no son competentes para tomar decisiones en cuanto a su reproducción.

No todos los procedimientos médicos que den como resultado la esterilidad pueden ser caracterizados como procedimientos de esterilización. Por ejemplo, una enfermedad pélvica inflamatoria que resulte en una histerectomía, o un cáncer testicular en el hombre que deba ser tratado con la remoción de sus testículos, pueden resultar en esterilidad. Estos no son procedimientos de esterilización en sí mismos sino que resultan en esterilidad únicamente como efecto secundario. Los procedimientos médicamente indicados para este efecto no están sujetos a las disposiciones legales relevantes a procedimientos de esterilización que son realizados para fines únicamente de control de la fecundidad. Las prohibiciones legales a los procedimientos anticonceptivos practicados a personas mentalmente discapacitadas, incapaces de dar un consentimiento libre e informado y adecuado, no eliminan la posibilidad de una terapia indicada médicamente, cuyo efecto secundario es la esterilidad. De hecho, negar la terapia médica a individuos discapacitados sobre la base de que la esterilidad podría presentarse en forma inadvertida, puede constituir una violación de sus derechos humanos a la salud.

La evolución moderna de las leyes sobre esterilización es de doble filo. Las leyes a nivel nacional e internacional prohíben cada vez con más fuerza la esterilización no consensual, y la no terapéutica. Los requisitos en las regulaciones o en la práctica de procedimientos tales como el aborto que puede ser practicado, por ejemplo, a las mujeres mentalmente capaces con varios hijos, solamente bajo la condición de que acepten la esterilización [10], son consideradas opresivas y anti-éticas y frecuentemente son ilegales bajo la legislación nacional. Invariablemente violan los principios de derechos humanos sobre la autonomía personal y la integridad física, y del cuidado de los niños. En contraste con la imposición forzosa de la esterilización, el negar un procedimiento a las personas capaces que buscan la anticoncepción es también una violación de la libertad del individuo con respecto a su elección reproductiva para decidir con qué frecuencia desea tener hijos. También lo es condicionar la ejecución de los procedimientos al consentimiento de terceros o, por ejemplo, la satisfacción de alguna fórmula matemática, tal como la edad del solicitante multiplicada por los hijos vivos, para obtener un resultado arbitrario de 100 u 80.

3. PAUTAS

Es necesario distinguir aquellos procedimientos que es erróneo imponer, de aquellos que es erróneo negar, y distinguir los procedimientos coercitivos de aquellos que pueden ser inducidos, por ejemplo, mediante la oferta de beneficios. Algunas asociaciones profesionales y de otro tipo han propuesto las pautas o han presentado sus opiniones o recomendaciones en cuanto a la práctica adecuada. Por ejemplo, AVSC International, involucrada con la planificación familiar voluntaria incluyendo la esterilización, ha desarrollado estrategias para asegurar una decisión libre e informada en la prestación de servicios de planificación familiar, incluyendo la esterilización voluntaria en sectores de recursos bajos y altos[11]. Los objetivos de las estrategias incluyen:

- superar los desequilibrios de poder y conocimiento;
- convertir la elección informada en un proceso que es para y sobre los clientes;
- atender las múltiples necesidades de los individuos;
- transformar y complementar el ‘modelo médico’ de toma de decisiones para adoptar la elección centrada en el cliente; y
- garantizar la elección del método anticonceptivo por parte del cliente.

Las pautas profesionales acerca de los procedimientos correctos crean la inferencia de que una desviación injustificada de los mismos sería considerada una conducta errónea desde el punto de vista profesional. Las pautas de las asociaciones profesionales, nacionales o locales, frecuentemente indican la norma relevante. Por ejemplo, el Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) del Reino Unido, ha publicado las buenas prácticas médicas para la esterilización de la mujer y del hombre[12]. Éstas disponen que:

No hay contraindicaciones absolutas para la esterilización de hombres y mujeres siempre y cuando hagan la solicitud por sí mismos, o estén en uso de sus capacidades mentales y no actúen bajo presiones externas. Como precaución contra el riesgo de arrepentimiento posterior, debe ponerse especial cuidado cuando se asesore a personas menores de 25 años o a aquellas personas sin hijos. Debe ponerse especial cuidado también en las discusiones con quienes toman decisiones durante el embarazo o como reacción a la pérdida de una relación o que pueden estar en riesgo de coerción por parte de su compañero o de la familia o de los profesionales de la salud y de bienestar social... Los consejeros y asesores deben ser conscientes también y tomar en cuenta asuntos culturales, religiosos, psicosociales, psicosexuales y demás aspectos psicológicos, algunos de los cuales pueden tener implicaciones que van más allá de la fecundidad... La autorización previa por parte de un tribunal superior de justicia debe considerarse en todos los casos de esterilización cuando existan dudas acerca de la capacidad mental para consentir.

Las pautas del RCOG contemplan los procesos pre-quirúrgicos, incluyendo la información que debe suministrarse a los pacientes femeninos y masculinos, tales como métodos anticonceptivos a largo plazo, alternativos, reversibilidad, índices de embarazo después del procedimiento y efectos sobre la salud a largo plazo. También incluyen el equipo de las instalaciones, el entrenamiento de personal y los procedimientos adecuados. Por ejemplo, disponen que la laparoscopia es el procedimiento de elección en el Reino Unido para obtener acceso a las trompas de Falopio, pero que la mini-laparotomía puede ser más adecuada para los países de escasos recursos.

El Comité de Ética del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) publicó una nueva opinión del Comité en abril de 1999, en relación con la esterilización de mujeres con incapacidades mentales. Esta opinión fue publicada en la revista en junio de 1999 [13]. En abril de 1996, ACOG publicó un Boletín Técnico sobre esterilización como una ayuda educativa para médicos[14]. Comparable a las Pautas de la RCOG, ésta trata sobre temas de consejería y metodología para los pacientes masculinos y femeninos. La guía ética y profesional suministrada en dichos documentos ratifica a la esterilización no solamente como un servicio profesional adecuado para brindar y recomendar, sino como una solicitud del paciente. Los derechos humanos de los pacientes para acudir a estos servicios y de los médicos para que ofrecerla bajo guías profesionales, se ven cuestionados cuando la ley que rige, prohíbe penalmente su práctica para fines anticonceptivos.

4. LIMITANTES LEGALES

Cuando la ley se ve dominada por principios de una fe religiosa, las disposiciones a menudo limitan la disponibilidad de la esterilización. El procedimiento es visto no como un servicio clínico entre un doctor y un paciente, sino como una característica de la función familiar. El control de las relaciones entre el esposo y la esposa y los medios por los cuales los niños son concebidos para adquirir un status familiar y comunitario, refleja criterios sociales y de conducta moral que protege valores sociales. Los principios religiosos están aparentemente muy cerca de las leyes que rigen la reproducción.

Cuando el status depende de la absoluta certeza de la paternidad legítima, por ejemplo, la reproducción asistida por donación de esperma no es aceptable debido a su tinte de adulterio. En semejanza, cuando las enseñanzas religiosas establecen que el acto sexual es permitido solamente dentro del matrimonio y que cada acto sexual debe albergar la posibilidad de la transmisión de la vida, la anticoncepción, incluyendo la esterilización anticonceptiva, será moralmente ilícita y podrá ser legalmente prohibida. Cuando las convicciones religiosas de una pareja confirman la inmoralidad de la esterilización anticonceptiva ésta rechaza la opción aún cuando sea legalmente permitida. Sin embargo, las autoridades religiosas no siempre se contentan con confiar en el ejercicio del juicio moral individual que tiene cabida dentro de las leyes liberales que acomodan el error moral, sino que favorecen la coacción de la conformidad con las enseñanzas religiosas por medio de leyes inflexibles. En consecuencia con lo anterior, muchos países tienen una historia de prohibición legal, basada en la religión, de la esterilización no terapéutica[15] y varios reflejan dicha tradición aún hoy en día.

Varios países cuyas leyes reflejan la tradición católica romana, por ejemplo, prohíben la esterilización no terapéutica, incluyendo la esterilización eugénica y anticonceptiva bajo sanciones penales. Por ejemplo, la ley penal de Polonia se interpreta usualmente como que tiene prohibida la esterilización anticonceptiva bajo la prohibición de ‘inducir un detrimento para la salud’ [16]. La privación de la capacidad de procrear está agrupada con la privación de la capacidad para escuchar, ver o hablar. Las cuatro son funciones naturales, pero el asociar la esterilización con las otras, refleja la opinión de que no es natural dar por terminada la capacidad procreadora, tal como si uno mismo, en forma voluntaria, decidiera volverse ciego, sordo o mudo.

El Código Penal de Argentina impone un castigo de prisión mínimo de 3 años y hasta 15 años por infligir daños o lesiones corporales que resulten en la pérdida de la capacidad para concebir o procrear [17]. En la práctica, las esterilizaciones se llevan a cabo en mujeres cuyas vidas están en riesgo, pero esta excepción no es explícitamente permitida por la ley. La ley penal usualmente acomoda el principio de necesidad para salvar la vida humana, excusando el incumplimiento de otra ley conexas. En Argentina, los médicos usualmente buscan su propia protección solicitando el consentimiento del esposo de una paciente, antes de practicar dicho procedimiento. Sin embargo, un esposo que trató de imponer el veto a un procedimiento requerido para salvar la vida de su esposa, enfrentó un castigo legal porque estaba jurídicamente comprometido a otorgarle a la esposa el bien de la vida. La aprobación judicial prevé una exención adicional. Por ejemplo, la iglesia católica y el gobierno provincial se opusieron sin éxito a la autorización del

Tribunal Superior para ligar las trompas, después de que una mujer que sufría de diabetes e hipertensión y vivía en extrema pobreza, regaló su séptimo hijo[18].

Los límites legales pueden ser civiles, diseñados para respaldar una toma de decisiones responsable centrada en la familia. Pocas leyes actuales promueven que los esposos se involucren en el proceso de la toma de decisiones para exigir su consentimiento, pero continúa la práctica clínica de exigir evidencia adecuada del acuerdo del esposo bajo el temor de que cualquier reconocimiento de los intereses legales de los esposos en la fecundidad de sus esposas dejaría a las clínicas expuestas a una demanda por parte de los esposos que no han expresado su consentimiento. Las leyes pueden también fijar una edad mínima para los solicitantes del procedimiento y/o pedir a los solicitantes que tengan por lo menos un número mínimo de hijos. Por ejemplo, la legislación en el Brasil pone a disposición la esterilización bajo condiciones pre-establecidas, incluyendo las de tener dos hijos, tener más de 25 años de edad y esperar por lo menos 60 días entre el consentimiento del procedimiento y su realización [19].

5. COERCIÓN O INDUCCIÓN

Las leyes que permiten la esterilización son para ser aplicadas en forma coercitiva contra personas desafortunadas o son las que permiten a las personas capaces autodeterminar su reproducción, esta es una ambivalencia que no ha sido resuelta totalmente. Más aún, se ha visto que países dentro de la tradición católica romana tales como Argentina y Polonia tienen una legislación prohibitiva, pero en otros países dentro de la misma tradición, por ejemplo Perú y Brasil, se ha reportado que la esterilización ha sido impuesta a las mujeres pobres e indígenas, sin tener en cuenta ninguna prohibición legal contra este procedimiento.

En forma similar, la columnista, señora Banda, cuando cuestiona en el Zambia Daily Mail[20] la esterilización de los ciegos y discapacitados, deja ambivalencias acerca de si la esterilización debe practicarse a las mujeres, o para las mujeres. Escribe sobre la aprobación de un programa de Tanzania y observa que:

Fuentes impecables dicen que el programa está ganando fuerza en Tanzania. Las autoridades están poniendo en marcha todas las modalidades necesarias para garantizar que las estrictas medidas de control de la natalidad se hagan cumplir para los discapacitados.

Para Zambia, su proposición conlleva el mensaje mixto, el de las directrices y el del consentimiento individual. Ella escribe:

Puesto que la cohabitación es un aspecto natural y los ciegos no tienen por qué ser condenados al celibato... sería ideal tomar ciertas decisiones por ellos, naturalmente con su consentimiento. El consentimiento puede no obtenerse tan fácilmente. Esta es la razón por la cual dicho programa debe ser bien calculado y pensado. NO puede ser impuesto a nadie. Por lo tanto un ejercicio como éste requiere mucha planeación y mucho tacto.

Una alternativa para la coerción es la inducción, pero muchos consideran que la oferta de inducción a personas dependientes, cuya vulnerabilidad no les deja alternativas sino aceptar la inducción, es equivalente a aplicar coerción. Por ejemplo, se ha presentado tanto un gran respaldo como una ferrea oposición frente a las vallas de Chicago, Illinois, que pregonan: “si

usted es adicto a las drogas practique el control de la natalidad – reciba 200 dólares en efectivo”[21].

Anuncios similares han aparecido en Florida y Minnesota y las mujeres en otros tres Estados de los Estados Unidos han recibido dinero por tomar los pasos necesarios. Una mujer de California que ha adoptado 4 niños de la misma madre adicta a las drogas, inició el programa. Su finalidad es la de ofrecer a las mujeres adictas un incentivo para practicar la anticoncepción temporal de larga acción o la esterilización, como una alternativa para evitar tanto la concepción de niños que nacerían con lesiones relacionadas con las drogas, así como la posibilidad de ser acusadas bajo el creciente número de leyes estatales que castigan el abuso fetal. Sin embargo los críticos, incluyendo la Asociación de Planificación Familiar de América y la Unión de Libertades Civiles de América, insisten en que las tácticas son coercitivas para las mujeres pobres cuya decisión se ve afectada por las drogas y que pueden incurrir en actos que más tarde podrán lamentar. Otros críticos dicen que los anuncios tienen como población objetivo a las negras y a las mujeres hispanas.

6. CONCLUSION

Mientras que algunas enseñanzas religiosas explican y defienden la opinión moral de que la esterilización voluntaria es inaceptable para fines anticonceptivos, relativamente pocos sistemas legales respaldan esta convicción. La mayoría de ellos permiten la esterilización bajo condiciones de consentimiento libre y competente del paciente, y muchos incluyen dichos procedimientos en los planes de salud del gobierno. La esterilización de personas mentalmente discapacitadas aún sigue siendo polémica debido a la poco grata historia de abuso de los procedimientos sin el consentimiento del propio paciente, aunque frecuentemente con el ‘consentimiento’ dado por los padres, los custodios legales o los funcionarios institucionales. Cuando las personas mentalmente discapacitadas pueden aprovechar su tiempo con personas del otro sexo sin vigilancia y pueden disfrutar de la intimidad física pero no pueden manejar el embarazo, el nacimiento y el cuidado del hijo, la esterilización puede ser una opción médica frente a, por ejemplo, la anticoncepción de efecto prolongado. Las implicaciones médicas de cada una de éstas tienen que ser evaluadas de acuerdo con las circunstancias de cada candidato individual.

Es crucial, sin embargo, que las decisiones tomadas a nombre de quienes no son capaces y libres, no solo observen los requisitos legales que frecuentemente incluyen el referir al paciente a un funcionario judicial, sino que también se tomen éticamente. Esto exige un conocimiento médico adecuado y se debe evitar el conflicto de intereses por parte de todos aquellos implicados en la toma de decisiones. Es difícil para las personas encargadas de cuidar a las mujeres discapacitadas pues aunque se preocupan por obtener los mejores intereses para la mujer, también toman en cuenta las responsabilidades en que puedan incurrir personalmente en el cuidado del niño si la mujer concibe uno.

Los mejores intereses de los pacientes deben ser evaluados no simplemente con base en criterios pragmáticos o empíricos, sino también por referencia a los intereses comunes relacionados con la integridad física y a la dignidad humana tanto de las personas capaces como de las incapaces, por igual.

RECONOCIMIENTO

Expresamos nuestros agradecimientos a Susan Scarrow, Reproductive Health Law Fellow y Maggie Rutkiewicz, estudiante de postgrado, ambas de la Facultad de Derecho de la Universidad de Toronto, por su ayuda en la investigación de éste artículo, y a Beatriz Galli de la Oficina de la Fundación Ford en Rio de Janeiro, Brasil, y a Chidi Odinkalu de Interights en Londres, Reino Unido, y a Rachel Pine de AVSC International por haber suministrado información para la elaboración del presente artículo.

References

- [1] Juicio de Ulrich Greifelt y otros. Comisión de Crímenes de Guerra de las Naciones Unidas. XIII Informes Legales de Ensayos de Criminales de Guerra 1949:1:18.
- [2] Muir v. Alberta, 132 DLR 4th 695. Alberta Court of Queen's Bench. 1996.
- [3] Tannsjo T. Esterilización obligatoria in Suecia. *Bioética* 1998;12:2.36—249.
- [4] Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer CLADEM y Centro para Derecho y Políticas Reproductivos CRLP. *Silencio y complicidad: violencia contra la mujer en las instituciones de servicio público del Perú*. New York: CRLP. 1999.
- [5] Consejo Indígena Misionero. *Cartas Noticiosas*, 1999; 13 de Mayo:360.
- [6] *Trabajadores de la Industria Automovilística v Johnson Controls Inc*. Corte Suprema de Estados Unidos. US, 1991;499:187.
- [7] Banda P. Qué sucede si se esterilizan los ciegos y los discapacitados? *Zambia Daily Mail*. 1999;8 July:2—3.
- [8] Ross JA, Hong S. Huber DH. *Esterilización voluntaria: libro de datos internacionales*. New York: Asociación para la Esterilización Voluntaria, 1985.
- [9] *Bravery v. Bravery*. Denning JA (England, Corte de Apelaciones), 1954;3;All ER 59:67—68.
- [10] Barge S, Khan ME. Rajagopal S, Kumar N, Kumber S. Disponibilidad y calidad de los Servicios MTP en Gujarat Maharashtra Tamil Nadu y en Uttar Pradesh — un estudio de profundidad. Documento presentado a: International Workshop on Abortion Facilities and Post Abortion Care in the Context of RCH Program. Centro para Investigación y Entrenamiento. Nueva Delhi, India. 1998, Marzo 23—24.
- [11] AVSC International. *Informed choice in international family planning service delivery*. New York: AVSC International, 1999.
- [12] www.repromed.org.uk/go/rcog/ 26 de Octubre, 1999.
- [13] ACOG Comité sobre Ética y Esterilización de la Mujer, incluyendo la que padece discapacidad mental. *Int J Gynecol Obstet* 1999;65:317—320.
- [14] ACOG Boletín Técnico No 222. Esterilización. *Int J Gynecol Obstet* 1996;53:281—288.
- [15] Williams G. *La santidad de vida y el derecho penal*. London: Faber and Faber 1958:99.

- [16] Poland Ustawa 26.06. Kodeks Karmy (Código Penal). Dz U Nr 88 poz 553 Nr 128 poz 840 Art 156 para 1.1, 1997.
- [17] Código Penal Argentino. Artículos 90—2.
- [18] Centro de Leyes y Políticas para la Reproducción & DEMUS. Estudio para la defensa de los derechos de la mujer. Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe, 1997:24.
- [19] Ley No. 9263. Ley de Planeación Familiar aprobada en Enero 12, 1996.
- [20] Banda P. Qué sucede si esterilizamos a los ciegos y a los discapacitados? Zambia Daily Mail 1999:8 July:2—3.
- [21] Belleck P. El Plan para Esterilización en efectivo enfrenta a adictos y a críticos New York Times 1999, 24 de Julio.