

# DIÁLOGOS. REVISTA ELECTRÓNICA DE HISTORIA

Escuela de Historia. Universidad de Costa Rica



Una política subrepticia: La provisión de la esterilización  
contraceptiva en Costa Rica

Dra. María Carranza

### **Comité Editorial:**

Director de la Revista Dr. Juan José Marín Hernández [jmarin@fcs.ucr.ac.cr](mailto:jmarin@fcs.ucr.ac.cr)

Miembros del Consejo Editorial:: Dr. Ronny Viales, Dr. Guillermo Carvajal, MSc.  
Francisco Enríquez, Msc. Bernal Rivas y MSc. Ana María Botey

“Diálogos Revista Electrónica de Historia” se publica interrumidamente desde octubre de 1999

---

Dirección web: <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/dialogos.htm>

( página 208 de 241)

Palabras claves: **esterilización, esterilización terapéutica, esterilización contraceptiva, salpingectomía, anticoncepción, planificación familiar, Costa Rica, política, salud**

key words: **sterilization, therapeutic sterilization, contraceptive sterilization, tubal ligation, salpingectomy, policy, contraception, family planning**

#### Resumen

La esterilización con fines contraceptivos ha devenido una práctica frecuente entre las mujeres en Costa Rica. Ello, a pesar de que hasta 1999, el uso de esta cirugía se encontraba formalmente restringido a aquellas mujeres para quienes un nuevo embarazo y/o parto representaba un riesgo para la salud o la vida.

Este trabajo analiza la provisión subrepticia de la esterilización con fines contraceptivos. Dicha provisión, que se dio por más de dos décadas a la sombra de la esterilización terapéutica, constituyó un mecanismo divisado por el gremio médico para circundar las restricciones impuestas por él mismo para el acceso a esta cirugía.

#### Abstract

Dra. María Carranza. Investigadora del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.

Este trabajo analiza la provisión subrepticia, hasta 1999, de la esterilización con fines  
contraceptivos en Costa Rica

<sup>1</sup>. Esta provisión, que por su frecuencia y sistematicidad puede considerarse una política, se  
dio por más de dos décadas a la sombra de la esterilización terapéutica, como un  
mecanismo divisado por el gremio médico para circundar las restricciones impuestas por él  
mismo para el acceso a esta cirugía.

El análisis de la provisión de la esterilización con fines anticonceptivos resulta interesante  
por diversos motivos. Además de constituir un aporte puntual para la reconstrucción de una  
historia virtualmente inexplorada<sup>2</sup>, contribuye al debate teórico sobre las políticas, al  
permitir, mediante el análisis de un caso concreto, cuestionar aquello que se entiende por  
una política y analizar cómo éstas se constituyen en la práctica<sup>3</sup>. ¿Son siempre las políticas

---

<sup>1</sup>\* Una versión previa de este artículo fue presentada en el Coloquio de Historia social de las ciencias médicas  
y la salud pública en Costa Rica, celebrado en la Universidad de Costa Rica, el 19 de octubre del 2005.

\*\*Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). E-mail:  
mcarranza@inciensa.sa.cr.

<sup>1</sup> Este estudio fue parte de mi doctorado en Antropología Social. Ver Carranza María, *Making sense of  
common sense: female sterilisation in Costa Rica* [tesis de doctorado] Universidad de Cambridge, 2003  
(inédita). La reconstrucción de la historia que aquí se presenta se realizó de febrero del 2000 a julio del 2001,  
mediante la revisión de documentos existentes y, principalmente, mediante entrevistas a personas que jugaron  
un papel protagónico en la introducción, difusión, y regulación de la anticoncepción en general y la  
esterilización en particular, en Costa Rica. Entre quienes fueron entrevistados se encuentran profesionales de  
diversas generaciones de médicos (particularmente ginecólogos) que ejercieron entre los años 1950-2001,  
enfermeras y trabajadoras sociales. Además de las entrevistas, el artículo se nutre de las historias de vida  
recolectadas entre mujeres que habían decidido esterilizarse y de mi propia experiencia como médica en Costa  
Rica. La información fue complementada, de abril a mayo del 2005, mediante la revisión de la  
documentación del Colegio de Médicos y Cirujanos disponible en el Archivo Nacional. Agradezco la  
información brindada por todas las personas entrevistadas, así como también las sugerencias de Lissette  
Navas, Elías Carranza, Rita Maxera y los revisores de la revista Diálogos.

<sup>2</sup> La información sobre la introducción, propagación e institucionalización de la esterilización (y la  
anticoncepción en general) en Costa Rica es escasa y, en su mayoría, de corte demográfico.

<sup>3</sup> Colebatch, Hal, *Policy*. Minneapolis, [University of Minnesota Press,] 1998. Lindblom, Charles y  
Woodhouse, Edward, *The Policy-Making Process*. New Jersey, [Prentice Hall,] 1993. Lipsky, Michael,  
*Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, [Russell Sage  
Foundation,] 1980.

intenciones formales de curso?, O puede una política simplemente darse en la práctica, inclusive a la sombra de otra política? ¿Cómo surgen las políticas? ¿Cómo afecta la práctica (y política) ya instituida en el diseño de una nueva política? ¿Cual es el objetivo de una política?, aquel que se establece formalmente?, aquel que resulta?, ambos?

### 1. La esterilización: frecuente y “democrática”

La esterilización femenina es, en Costa Rica, una práctica frecuente y “democrática”. En 1999, año en que se realizó la última encuesta reproductiva, 21% de las mujeres del país (casadas o unidas entre 15 y 44 años) estaban esterilizadas<sup>4</sup>. A su vez, datos colectados en 1993 indican que esta cirugía se distribuía en proporciones similares entre mujeres rurales y urbanas, y con diversos grados de educación formal<sup>5</sup>. El estado ha sido el proveedor mayoritario de la esterilización. De las mujeres que estaban esterilizadas en 1999, 95% habían sido operadas en los hospitales de la seguridad social<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Chen Mok, Mario et al., *Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. San José, [Copieco,] 2001, pp. 56 cuadro 7. En 1993, 41% de las mujeres de 40-44 años de edad estaban esterilizadas (Caja Costarricense de Seguro Social, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993: Fecundidad y Formación de la Familia*. San José, [Caja Costarricense de Seguro Social,] 1994, pp. 9-28, cuadro 9.14. De acuerdo a EngenderHealth, *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. New York, [EngenderHealth,] 2002, pp. 30, cuadro 2.3, Costa Rica se sitúa como número 19, entre los 20 países del mundo con mayor prevalencia de esterilización femenina. Pero si bien el porcentaje de mujeres esterilizadas en Costa Rica es alto según muchos estándares, bien podría ser considerado moderado si se lo compara con otros países de América Latina y el Caribe, tales como República Dominicana y Brasil, donde el porcentaje de mujeres esterilizadas (entre las casadas y unidas) era, en 1996, el doble o más que el de Costa Rica (40.9% y 40.1%, respectivamente) (EngenderHealth, op cit. pp. 30, cuadro 2.3).

<sup>5</sup> Madrigal Pana, Johnny, *Esterilización Femenina en Costa Rica: Evolución, Impacto y Determinantes*. [Tesis Magister Scientiae] Universidad de Costa Rica, 1995 (inédita), pp. 77 y 80. Entre las mujeres sin estudios esta cirugía es más frecuente (Madrigal 1995:77). Cabe resaltar, que el uso popular y “democrático” de la esterilización, por lo menos hasta 1999, tendía a circunscribirse a las mujeres de más de 30 años con tres o más hijos. Este uso, evidente en las estadísticas, no necesariamente reflejaba una preferencia de las mujeres, sino más bien, limitaciones impuestas por los médicos.

<sup>6</sup> Chen Mok, Mario et al., nota 4, pp. 60, cuadro 12. Ésta no ha sido la situación de los otros países de América Latina. A manera de ejemplo, en Colombia, uno de los 20 países del mundo con la prevalencia más

Sorprendentemente, la esterilización ha devenido una práctica frecuente y “democrática” en presencia de normas muy restrictivas para su provisión. Hasta 1999, cuando se aprobó el Decreto Salud Reproductiva (N. 27913-S), el cual autoriza la práctica de esta cirugía con fines puramente contraceptivos, el uso permitido de la esterilización se encontraba restringido a la esterilización terapéutica<sup>7</sup>. Eran únicamente aquellas mujeres a quienes un embarazo y o parto podía comprometer la salud quienes debían ganar acceso a este procedimiento quirúrgico.

El elevado porcentaje de mujeres esterilizadas en el país indica que la reglamentación no se aplicaba. Aun más, apunta hacia la existencia, en las instituciones de salud (del estado), de la política de esterilizar con fines contraceptivos.

## 2. Los médicos y la esterilización

Desde que se introdujo al país a principios de los años 40<sup>8</sup>, y hasta que se liberalizó en 1999, fue la corporación médica la que se encargó de normar la práctica de la esterilización

---

alta de esterilización, 72% de las cirugías fueron provistas por PROFAMILIA, una organización privada de planificación familiar (Williams, Timothy; Ojeda, Gabriel y Trias, Miguel. “An Evaluation of PROFAMILIA’s Female Sterilization Program in Colombia”. *Studies in Family Planning*, 21 (1990), 251-264: 252).

<sup>7</sup> El uso dado a la esterilización sería mejor definido como “preventivo” ya que la esterilización era utilizada para prevenir situaciones, pero no para “curar”. Sin embargo, uso el término terapéutico porque es así como comúnmente se la denomina (Draper, Heather, “Sterilization Abuse: Women and Consent to Treatment”, en [M. Brazier y M. Lobjoit (ed.)], *Protecting the Vulnerable: Autonomy and Consent in Health Care*. London and New York, [Routledge,] 1991, pp. 11.

<sup>8</sup> La mayoría de los ginecólogos que entrevisté situaron la introducción de la esterilización a inicios de la década del 40 y, efectivamente, algunas de las mujeres entrevistadas trazaron la esterilización en sus familias hasta esa época. Sin embargo, es factible pensar que se pueden haber llevado a cabo esterilizaciones antes de esa fecha si se toma en consideración que en países como Puerto Rico, el uso de la esterilización (incluso con

mediante regulaciones cada vez más específicas que, a nivel formal, restringieron progresivamente el acceso a esta cirugía.

En un inicio no existían regulaciones de carácter nacional y la esterilización estaba sujeta a las indicaciones establecidas por cada médico, servicio hospitalario y/u hospital. Las esterilizaciones eran generalmente practicadas durante las cesáreas, y existía consenso entre los médicos acerca de que este tipo de cirugía constituía una herramienta terapéutica. El que la esterilización se circunscribiera al ámbito de lo terapéutico dependía, en gran medida, de los elevados riesgos derivados de la cirugía, los cuales hacían que la esterilización se ofreciera en conjunto con las cesáreas, y a su vez, que los médicos fueran menos liberales en el uso de esta última cirugía<sup>9</sup>. No obstante, no por ello el uso de la esterilización estaba desligado de su potencial contraceptivo. Según información proporcionada por ginecólogos que ejercían la profesión durante la década de los sesenta, existían requisitos referentes al número de hijos que una mujer debía tener antes de ser

---

finés contraceptivos) se remonta a los años 30 (Presser, Harriet, *La Esterilización y el Descenso de la Fecundidad en Puerto Rico*. Bogotá, [Asociación Colombiana para el Estudio de la Población/ The Population Council,] 1974, pp. 26. Según Lerner, Barron, "Constructing Medical Indications: The Sterilization of Women with Heart Disease or Tuberculosis, 1905-1935". *The Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, V. 49, (1994), pp. 362-379, el uso de la esterilización terapéutica ya constituía una fuente importante de debate en la literatura médica entre 1905 y 1935.

<sup>9</sup> El porcentaje de cesáreas entre las mujeres costarricenses fue estimado en 19.8 en 1999 (Chen Mok et al. , nota 4, pp. 161, tabla 14). Las cesáreas fueron estimadas en 5%, en Costa Rica, durante la década de los sesenta (Mangel León, Teodoro, "Operación cesárea: ¿Vía natural del parto?". *Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología FCASOG*, EPOCA 4, V. 2, N. 5 (1992), pp. 30-31: 30; Esquivel Grillo, Arturo, "Situación actual de la operación cesárea en Costa Rica". *Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología FCASOG*, EPOCA 4, V. 2, N. 5, (1992), pp. 34-35: 35).

operada. En algunos hospitales se solicitaba que la mujer hubiera tenido un mínimo de siete hijos. Otros requerían un mínimo de cinco<sup>10</sup>.

En 1969 dio inicio un segundo período en la historia de la regulación de la esterilización, el cual se caracterizó por ir restringiendo, progresivamente, el uso de esta cirugía. Ese mismo año, el Colegio de Médicos y Cirujanos (CMC) realizó el primer intento por estandarizar la práctica de la esterilización. Con esta finalidad, estableció en el Código de Moral Médica (inciso 10, parte III) que la esterilización debía practicarse sólo con “indicación médica específica”.

En agosto de 1976 el CMC aprobó el Reglamento de Esterilizaciones Femeninas y Masculinas. Este reglamento enumera las patologías que pueden ameritar esterilización y establece la creación, en todos los hospitales públicos y privados, de un Comité de Esterilización encargado de valorar y decidir cada solicitud de esterilización. Crea también el Comité Nacional de Estudio, Control y Regulación de Esterilizaciones, con sede en el CMC, encargado, entre otras tareas, de efectuar una revisión mensual de las esterilizaciones realizadas a nivel nacional; conocer en alza las solicitudes de esterilización denegadas

---

<sup>10</sup> Cabe aclarar, que la existencia de estipulaciones referentes al número de hijos (e incluso edad) que una mujer debía tener para ganar acceso a la esterilización no es un fenómeno necesariamente autóctono. A modo de ejemplo, el Manual del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de EEUU recomendaba, en su edición de 1965, que para que una mujer fuera esterilizada debía tener como mínimo 25 años de edad y 5 hijos, 30 años y 4 hijos vivos o 35 años y tres hijos vivos (citado en Presser, Harriet, “Contraceptive Sterilization as a Grassroots Response: A Comparative View of the Puerto Rican Experience”, en [S.H. Newman y Z.E. Klein (ed.)], *Behavioral-Social Aspects of Contraceptive Sterilization..* Lexington, Massachusetts Toronto, [Lexington Books,] 1978, pp. 40-41. Estas recomendaciones eran conocidas como “the rule of thumb” y según ellas, la edad de la mujer multiplicada por su número de hijos debía ser igual o mayor a 120 para que la mujer fuera esterilizada (Shapiro, Thomas, *Population Control Politics: Women, Sterilization, and Reproductive Choice.* Philadelphia, [Temple University Press,] 1985, pp. 87).

por Comités Hospitalarios o de Clínicas Privadas; y revisar periódicamente las indicaciones para la esterilización. En 1988, estas regulaciones adquirieron, con mínimos cambios, el estatus de decreto ejecutivo<sup>11</sup>, y dictaron el uso formal de la esterilización en el país hasta 1999.

Sorprendentemente, a pesar de ser crecientemente restrictivas, las regulaciones no limitaron al acceso a la esterilización. Con algunos altibajos que serán analizados más adelante, en 1999 una de cada cinco mujeres (casadas o unidas entre 15 y 44 años) estaba esterilizada<sup>12</sup>. ¿Como fue esto posible?.

### **3. La necesidad de “restringir”**

Este análisis propone, que la institución de progresivas restricciones para el acceso a la esterilización representó una respuesta corporativa ante la amenaza a una práctica establecida (en el gremio médico y la sociedad en general), la cual no tuvo por finalidad limitar el acceso a la esterilización sino encausar, por una vía legítima, la práctica de esta cirugía.

#### ***3.1. El código penal***

Al igual que la mayoría de los códigos penales de corte continental europeo, el código penal costarricense, en su artículo 123, declara delictivas aquellas lesiones que causen “pérdida de la capacidad de engendrar o concebir” y en este sentido, podría interpretarse

---

<sup>11</sup> Reglamento de Esterilizaciones, Decreto Ejecutivo N. 18080-S.



que regula la esterilización. Si bien el artículo 129, admite dichas lesiones como no punibles cuando se realizan con el consentimiento del “lesionado” y con el objetivo de mejorar la salud, el grado en que ambos artículos cubren la esterilización voluntaria (contraceptiva) es debatido todavía<sup>13</sup>.

El código penal limita las esterilizaciones permisibles al ámbito de la salud. Pero si bien a simple vista ello pareciera restringir los posibles usos de esta cirugía, este no es necesariamente el caso. Al establecer la excepción, el código penal indica más que el fin que deben perseguir las esterilizaciones para ser legítimas. Indica también, la forma en que las esterilizaciones deben presentarse y, como se verá mas adelante, este último aspecto ha sido de fundamental importancia para la distribución de esta cirugía en el país. A su vez, qué constituye la salud es sujeto de interpretación, como lo es también, qué constituye su mejoramiento. Prueba de ello se tiene, en que una interpretación amplia del término

---

<sup>12</sup> Chen Mok et al., nota 4, pp.56, cuadro 7.

<sup>13</sup> Según Castillo, Francisco, *La Esterilización Voluntaria en el Derecho Penal Costarricense*. San José, [PASDIANA,] 1984, pp. 44, la esterilización voluntaria aún sin justificación médica no constituye un delito en Costa Rica. En cambio, para Beckles, Virginia, “La Esterilización en su Nueva Reglamentación”. *IVSTITIA*, V. 2, N. 21, (1988), pp. 7-8, 8, si la esterilización consensuada no está médicamente justificada constituye un delito para quien la práctica. Por su parte, Barguil, Zaida y Retana, Luz, “La Esterilización Femenina: sus Aspectos Jurídicos, Médicos, Demográficos y Socio-políticos en Costa Rica” [Tesis de Licenciatura en Derecho] Universidad de Costa Rica, 1983 (inédita), pp. 220, interpretan que la única esterilización que se permite en Costa Rica es la “curativa”. Odio, Elizabeth et al., *El Derecho y la Población en Costa Rica*. San José [Universidad de Costa Rica. Facultad de Derecho,] 1973, pp. 1 y 11, por su parte, consideran que la esterilización es permitida cuando se realiza bajo recomendación médica y es consentida por el paciente. Finalmente, los juristas participantes en el Simposio “Derecho y Población” en 1973 concluyeron que la esterilización contraceptiva era un delito previsto en el Código Penal. Ver también Salazar Ureña, Bernan, Quintana Rodríguez Roxana, “Responsabilidad penal del profesional en medicina en casos de esterilización”. *Medicina Legal de Costa Rica*, V. 11-12, N. 2 (1995), pp. 12-19.

permitió en 1999, en un contexto histórico y social propicio, que la salud justificara inclusive, el uso contraceptivo de la esterilización<sup>14</sup>.

Si bien el código penal vigente data de 1970, y los códigos previos de 1918 y 1941 también punían las lesiones que causarían esterilidad<sup>15</sup>, bien puede decirse que hasta inicios de la década del setenta las disposiciones del código penal no habían representado mayor problema. El número de esterilizaciones que se realizaba era relativamente pequeño, y las características de las mujeres que asistían a las instituciones públicas, generalmente pobres, con muchos hijos, y frecuentemente con patologías asociadas, tornaban la necesidad de la esterilización prácticamente incontestable. Las esterilizaciones a mujeres jóvenes, sanas y con pocos hijos, cuya necesidad hubiera sido más difícil de justificar, generalmente correspondían a mujeres pudientes y se resolvían, principalmente, en el ámbito de los establecimientos privados. Todo esto comenzó a cambiar a partir de la década de los 70.

### **3.2. Más esterilizaciones**

Diversos estudios demográficos señalan que la esterilización era ya una práctica relativamente común en el país durante la década de los sesenta y que su uso se venía incrementando. La primera encuesta reproductiva llevada a cabo en el área metropolitana de Costa Rica en 1964 evidenció que 6.1% de las mujeres (en unión o casadas, entre 20-50

---

<sup>14</sup> Ver Carranza María, “Sobre una relación “prolífica”. El papel de “la salud” en la propagación de la esterilización contraceptiva en Costa Rica”. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* V. 24, (2004), pp. 187-212.

<sup>15</sup> En los artículos 202 y 258, respectivamente. Ver Castillo, Francisco, nota 13, pp. 7, nota pp. 15.

años) estaban esterilizadas<sup>16</sup>, y una investigación realizada en 1970 indicó que la esterilización era también práctica común fuera de la ciudad capital, con 9% de las mujeres entrevistadas esterilizadas en la provincia de Heredia y en la ciudad de Limón<sup>17</sup>. Por su parte, datos provenientes de una investigación conducida en 1971 en 25 hospitales del país indican que el número de esterilizaciones había crecido de 836 en 1959 a 3189 en 1969<sup>18</sup>.

Pero la década del setenta trajo consigo un incremento aun mayor en la esterilización. Durante esta década, la demanda creciente por esta cirugía (apoyada por la expansión de los servicios de salud del estado que al igual que lo hacían con los anticonceptivos tornaban esa cirugía un potencial bien para todos los sectores de la población, y por una creciente aprobación social a la limitación de la familia<sup>19</sup> ) se vio potenciada grandemente por una oferta incrementada en el servicio, en la cual, el laparoscopio jugó un papel fundamental.

El uso de este aparato, que permite visualizar los órganos internos y esterilizar a través de una pequeña incisión en la pared abdominal, fue promovido durante esta época por

---

<sup>16</sup> Gómez, Miguel, *Informe de la Encuesta de Fecundidad en el Área Metropolitana*. San José, [Universidad de Costa Rica. Instituto Centroamericano de Estadística,] 1968, pp. 111, cuadro 34.

<sup>17</sup> Gómez, Miguel; Raabe, Carlos y Bermúdez, Vera, *Práctica Anticonceptiva y Uso de los Servicios de Planificación Familiar en Costa Rica Según Encuestas Recientes*. San José, [Universidad de Costa Rica, Departamento de Estadística, Escuela de Ciencias Económicas, Asociación Demográfica Costarricense,] 1971.

<sup>18</sup> Thein, Tin Myaing y Reynolds, Jack, *Esterilización Femenina en Costa Rica 1959-1969*. San José, [Universidad de Costa Rica, Centro de Estudios Sociales y de Población,] 1973, pp. 3.

<sup>19</sup> La comparación de los valores medios en el número ideal de hijos para el Área Metropolitana (1964), Heredia (1970) y el Área Metropolitana de San José (1975), a saber, 4,07, 3,63 y 2,45, respectivamente, muestran claramente una tendencia al descenso (Gómez Miguel y Salazar José, "Opiniones acerca del crecimiento de la población, la planificación familiar y el tamaño ideal de la familia en el Valle Central de Costa Rica, 1975. En: *Sexto Seminario Nacional de Demografía*. San José, [Universidad de Costa Rica,] 1977, pp. 202).

agencias interesadas en disminuir el crecimiento de la población<sup>20</sup>. PIEGO, el programa de John Hopkins para la Educación Internacional en Ginecología y Obstetricia<sup>21</sup>, tuvo una de sus sedes para la enseñanza del uso del laparoscopio para la esterilización en Costa Rica, y médicos costarricenses y de países de Centro y Sudamérica se entrenaron en su uso. Pero PIEGO no solo entrenó. También donó el equipo a las instituciones de los participantes, y ésta fue la forma en que los hospitales del país se suplieron con la nueva tecnología<sup>22</sup>. La repentina disposición de laparoscopios, aunada a la fascinación médica con su uso tuvieron un impacto en el número de esterilizaciones. Evidencia de dicho impacto la ofrece un estudio conducido en 1974 en el hospital México, institución de la seguridad social creada en 1969. Según los autores del estudio, en dicho hospital se practicaron 770 esterilizaciones durante los 40 meses comprendidos entre setiembre 1969-diciembre 1972, en contraste con las 840 esterilizaciones que se practicaron en los 16 meses comprendidos entre enero de 1973-mayo de 1974. Los autores atribuyen el incremento en la cirugía a la introducción, en enero de 1973, de la laparoscopía en el hospital<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> En comparación con una laparotomía, que implica la apertura del abdomen, la esterilización por laparoscopio requiere sólo una pequeña incisión (por donde entra el aparato), representando menor tiempo de cirugía e internamiento.

<sup>21</sup> Según Hartmann, Betsy, *Reproductive Rights & Wrongs: The Global Politics of Population Control. Revised Edition*. Boston, Massachussets, [South End Press,] 1995, pp. 246, PIEGO ha sido una de las maneras a través de las cuales los Estados Unidos de Norteamérica han introducido la esterilización en el tercer mundo.

<sup>22</sup> Ver Carranza, María, nota 1.

<sup>23</sup> Blanch, José; Pastor, Zaday y Prada, Carlos, *Estudio de Mujeres Esterilizadas*. San José, [Asociación Demográfica Costarricense,] 1975, pp. 1.

Las esterilizaciones anuales en 25 hospitales del país aumentaron de 3397 en 1970 a 5489 en 1975<sup>24</sup>, y la tasa anual de esterilizaciones durante la primera mitad de 1970 duplicó la de la segunda mitad de los sesentas<sup>25</sup>. El porcentaje de mujeres esterilizadas en 1976 era de 14.7%<sup>26</sup>, y ha sido estimado que de haber persistido las tasas de esterilización registradas en la primera década del 70, cosa que como se verá más adelante no sucedió, aproximadamente el 52.3 % de las mujeres se habría esterilizado antes de cumplir 30 años de matrimonio<sup>27</sup>.

El número creciente de estas cirugías comenzó a ser fuente creciente de preocupación para algunos sectores del cuerpo médico y de la sociedad en general. Manifestaciones escritas en la prensa, que denunciaban la existencia de una campaña masiva de esterilizaciones pusieron fin a esta situación. Pero volveré a esto más adelante.

### 3.3 “Nuevas” (im) pacientes

La década de los setenta fue testigo del éxito de los esfuerzos de la seguridad social por universalizar la cobertura de los servicios de salud<sup>28</sup>. Ello, además de significar una

---

<sup>24</sup> Bogan y Cavajal n.d., citado en Gómez, Miguel, “Aspectos Demográficos de la Esterilización Femenina en Costa Rica”, en *Octavo Seminario Nacional de Demografía*. San José, [Asociación Demográfica Costarricense, Dirección General de Estadísticas y Censos, Escuela de Estadística Universidad de Costa Rica, Instituto de Estudios Sociales en Población,] 1986, pp. 104, cuadro 2.

<sup>25</sup> Rosero Bixby, Luis, “Dinámica Demográfica, Planificación Familiar y Política de Población en Costa Rica”. *Demografía y Economía*, V. XV, N. 1 (1981), pp. 59-84: 70, cuadro 51.

<sup>26</sup> Caja Costarricense de Seguro Social, nota 4, pp. 9-25, tabla 9.11.

<sup>27</sup> Gómez, Miguel; McCarthy, James; Yinger, Nancy, “Public Policy and Female Sterilization in Costa Rica”. *Studies in Family Planning*, V. 14, N. 10 (1988), pp. 246-252: 249.

<sup>28</sup> Miranda, Guido, *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica*. San José, [EDNASSS/CCSS,] 1988.

afluencia mayor de potenciales usuarias de la esterilización<sup>29</sup>, también generó variaciones en el estrato social y situación de las mujeres que concurrían a las instituciones públicas. Las mujeres de clase media asistían cada vez más a la seguridad social y demandaban servicios a los que estaban crecientemente acostumbradas. La planificación familiar era uno de ellos, y la solicitud de la esterilización como manera de “secar la mata” era cada vez más frecuente. A su vez, y como se verá mas adelante, la disminución de la fertilidad era una realidad para todas las mujeres del país, y la situación general de salud mejoraba notablemente<sup>30</sup>. Las grandes multíparas fueron progresivamente tornándose una rareza, al igual que las patologías que frecuentemente acompañaban esa condición, y las indicaciones para las esterilizaciones practicadas en dichas instituciones ya no parecían irrefutables.

Por otra parte, las disciplinas de ginecología y obstetricia estaban cambiando. Ya no sólo ayudaban a resolver problemas sino que intentaban evitar que los problemas se presentaran. Conceptos tales como el de “alto riesgo obstétrico”, el cual comprendía una serie de situaciones que ponían a una mujer a riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y/o parto, señalaban la necesidad de intervenir a etapas más tempranas de la carrera reproductiva. Ello generaba, y también posibilitaba, que las esterilizaciones se realizaran en mujeres con cada vez menos hijos, siempre bajo el paraguas de los justificativos médicos.

---

<sup>29</sup> La cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad se incremento de 23% en 1964 a 74% en 1978 (Memorias Institucionales, en Miranda nota 28, pp. 124, cuadro 6). Los partos hospitalarios, por su parte, pasaron de un 48.4% en 1960 a un 92.2% en 1980 (Sección Estadística de Hospitalización, en Jiménez, Joaquín; Ramírez, German y Ruiz, Judith, *Mortalidad Materna en Costa Rica*. San José, [Ministerio de Salud/OPS/OMS,] 1988, pp.24, tabla 7).

<sup>30</sup> Miranda, Guido, nota 28, pp. 158-159.

Así, el prototipo de la mujer esterilizada entre 1959 y 1969 tenía seis hijos<sup>31</sup>. En 1976, un 25.9 % de las mujeres (no solteras de 20 a 49 años) tenía tres o menos hijos al momento de la esterilización, porcentaje que se incrementó a 43.2% en 1993<sup>32</sup>.

#### **3.4. Médicos y pacientes: extraños en el quirófano.**

Pero lo que preocupaba a los médicos que practicaban la esterilización no era tanto el incremento *per se* en el número de las cirugías o la variación en sus indicaciones como las condiciones bajo las cuales este incremento se daba. La ansiedad generada por la realización de esterilizaciones frente al artículo 123 del código penal guarda una estrecha relación con su creciente práctica en el ámbito de la seguridad social y con un cambio en la relación médico-paciente.

La afluencia de un mayor número de mujeres a los hospitales iba acompañada de una progresiva despersonalización en el trato, lo que generaba en el cuerpo médico una creciente sensación de vulnerabilidad. La mayoría de los médicos que entrevisté mencionaron que el ámbito de la practica privada facilita el desarrollo de una relación con la paciente, lo que les permite valorar qué tan segura está la mujer, y eventualmente también su pareja, de la decisión de esterilizarse. En las instituciones públicas en cambio, frecuentemente no llegan a conocer de la mujer más que “el abdomen en el que van a operar”. El eventual arrepentimiento o insatisfacción de la mujer o su marido con la cirugía podría generar la temida demanda penal.

---

<sup>31</sup> Thein, Tin Myaing y Reynolds, Jack, nota 18, pp. 2.

### *3.5. La esterilización y el control de la población*

Pero los cambios antes mencionados ocurrían concomitantemente a otros cambios significativos. El país estaba experimentando vertiginosas disminuciones en su fertilidad, en gran medida a consecuencia de la efectiva provisión de métodos contraceptivos por parte de las instituciones de salud del estado. Si bien la esterilización no era oficialmente considerada un método contraceptivo, sus números crecientes comenzaron a ser denunciados en dicho contexto, y esta cirugía, que hasta poco tiempo atrás era una cuestión de salud que competía sólo al médico y su paciente<sup>33</sup> se vio envuelta, públicamente, con el control de la población.

Al igual que en muchos otros países de América Latina en el mismo periodo, la segunda mitad de la década del sesenta fue testigo de la institucionalización de la provisión de la planificación familiar en Costa Rica<sup>34</sup>. En 1966 se fundó la Asociación Demográfica Costarricense (ADC), organización privada que inició la provisión de contraceptivos a gran escala<sup>35</sup>, y fue en gran medida responsable de crear las condiciones necesarias para legitimar la provisión de contraceptivos en las instituciones de salud del estado. En 1967 se

---

<sup>32</sup> Madrigal Pana Johnny, nota 5, pp. 111, cuadro 7.1.

<sup>33</sup> Frecuentemente el marido estaba también involucrado en la decisión.

<sup>34</sup> Durante los sesentas, pero particularmente entre 1965 y 1966, se crearon asociaciones privadas de planificación familiar en la mayoría de los países de América Latina (IPPF 1968, citado en Stycos, Mayone, *Ideology, Faith, and Family Planning in Latin America: Studies in Public and Private Opinion on Fertility Control*. New York, St. Louis, San Francisco, Düsseldorf, London, [McGraw-Hill Book Company.] 1971, pp. 31, cuadro 4). Hacia finales de la década del sesenta, 15 países de Latinoamérica tenían programas de planificación familiar patrocinados por sus gobiernos (Stycos, Mayone, op cit, pp. 32).

<sup>35</sup> Durante su primer año de funcionamiento, la mayoría de los anticonceptivos fueron provistos a través de consultorios de médicos privados y enfermeras. Sin embargo, algunas instituciones públicas también ofrecían



creó la Oficina de Población en el Ministerio de Salud<sup>36</sup> y, en 1968, se instituyó el Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual (PNPFES), al cual se unió oficialmente la seguridad social en 1970<sup>37</sup>.

La introducción de la provisión de anticonceptivos por parte de las instituciones del estado fue un factor primordial para la “democratización” del uso contraceptivo. A inicios de los sesentas, la planificación familiar (esencialmente condones, ritmo y retiro) estaba principalmente concentrada en las mujeres residentes en la ciudad capital<sup>38</sup>. Para 1978 en cambio, el uso de anticonceptivos “modernos” prevalecía, y estaba parejamente distribuido entre mujeres de zonas urbanas y rurales, al igual que entre mujeres de diversa educación formal. Las mujeres residentes en áreas rurales y aquellas con menor nivel educativo formal eran provistas, principalmente, por el Programa Nacional de Planificación Familiar<sup>39</sup>.

El uso creciente de anticonceptivos modernos pronto dejó ver su efecto en la fertilidad del país<sup>40</sup>. La tasa total de fertilidad disminuyó de 7.3 a 3.7 hijos entre 1960 y 1975<sup>41</sup>. Esta pronunciada reducción, que ocurrió en todos los estratos de la población si bien que con intensidad y cronología variable, ha sido atribuida, en gran medida, al uso de métodos

---

anticonceptivos (Asociación Demográfica Costarricense, *Goals and Achievements of the Costa Rican Demographic Association*. San José, [Asociación Demográfica Costarricense,] 1967, pp. 14).

<sup>36</sup> Decreto Ejecutivo N. 3, 7 de Abril de 1967.

<sup>37</sup> Caja Costarricense de Seguro Social, Junta Directiva, sesión 3999, 8 de agosto, 1969.

<sup>38</sup> Gómez, Miguel, nota 16, pp. 70, y Gómez, Miguel; Raabe, Carlos y Bermúdez, Vera, nota 17.

<sup>39</sup> Rosero Bixby, Luis, *El Descenso de la Natalidad en Costa Rica*. San José, [Asociación Demográfica Costarricense,] 1979, pp. 24, cuadro 7.

<sup>40</sup> Rosero Bixby, Luis, nota 39, pp. 13 y Rosero Bixby, Luis, “Determinantes de la Fecundidad Costarricense”, en *Octavo Seminario Nacional de Demografía, 7, 8 y 9 de setiembre, 1983*. San José, [Asociación Demográfica Costarricense, Dirección General de Estadísticas y Censos, Escuela de Estadística Universidad de Costa Rica, Instituto de Estudios Sociales en Población,] 1986, pp. 70-71.

anticonceptivos modernos<sup>42</sup>. La provisión de dichos métodos por parte de las instituciones de salud del estado jugó un papel fundamental al acelerar y propagar este fenómeno de las mujeres urbanas y educadas (entre quienes comenzó) a las mujeres rurales y con menos educación formal<sup>43</sup>.

La provisión de anticonceptivos por parte del estado y sus efectos sobre la natalidad eran fuente de gran preocupación para algunos sectores sociales, y si bien la esterilización no formaba parte de los anticonceptivos que ofrecía el estado<sup>44</sup>, su uso creciente fue interpretado y denunciado como una estrategia de control de la natalidad. Un artículo periodístico paradigmático en ese sentido es el de Enrique Vargas Soto, publicado en el periódico La Nación, el viernes 26 de marzo de 1976 (pp. 15 A) y titulado “Médicos extranjeros vienen a esterilizar costarricenses”. En dicho artículo periodístico, el Sr. Soto denuncia el incremento en las esterilizaciones en las instituciones de la seguridad social, el cual atribuye “a la caza de vientres fértiles” por parte de intereses antinatalistas incrustados

---

<sup>41</sup> Rosero Bixby, Luis, nota 39, pp. 4.

<sup>42</sup> Rosero Bixby, Luis, nota 39, pp. 13, y nota 40, pp. 70-71.

<sup>43</sup> Rosero Bixby, Luis, nota 40, pp. 70-71.

<sup>44</sup> Madrigal Pana, Johnny, nota 5, pp. 87. Diversos factores pueden haber contribuido a la exclusión de la esterilización del Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual. La mayoría de las personas que entrevisté sugirieron, que la inclusión de la esterilización femenina en el programa hubiera implicado una pelea innecesaria con la Iglesia. Cabe suponer también, que dado que en esa época la esterilización era generalmente realizada en conjunto con una cesárea, no representaba una intervención que médicos generales y enfermeras podían proveer, como era el caso con los otros tipos de anticonceptivos. Es importante tener presente también, que con pocas excepciones, la aceptación, promoción, institucionalización y consecuente incremento de la esterilización contraceptiva tendió a ocurrir en el mundo recién a partir de los años 70s (Bumpass, Larry, “The Risk of an Unwanted Birth: The Changing Context of Contraceptive Sterilization in the U.S”. *Population Studies*. V. 41, N. 3, (1987), pp. 347-363: 347; Murphy, M, “Sterilisation as a Method of Contraception: Recent Trends in Great Britain and Their Implications”. *Journal of Biosocial Science*. V. 27, (1995), pp. 31-46: 31-32; Ross, John; Sawon, Hong y Huber, Douglas, *Voluntary Sterilization: An International Fact Book*. New York, [Association for Voluntary Sterilization,] 1985; Stycos, Mayone, “Sterilization in Latin America: Its Past and Its Future”. *International Family Planning Perspectives*, V. 10, N. 2, (1984), pp. 58-64: 58-59.

en el PNPRES y las instituciones de salud. Señala el Sr. Soto, que como parte de la “barbarie” de las esterilizaciones, médicos estadounidenses practican la esterilización femenina en los hospitales de la seguridad social de Turrialba y San Ramón.

### *3.6. El espectro de la criminalización*

En junio de 1976, la Asamblea Legislativa nombró una Comisión Especial de Investigación para indagar la posible existencia de una campaña de esterilización masiva en el país<sup>45</sup>. Si bien la Comisión de Investigación concluyó que no había existido tal campaña de esterilización<sup>46</sup>, sus efectos fueron notables. PIEGO dejó de trabajar en el país, el número de esterilizaciones practicadas disminuyó considerablemente dada la negativa de los médicos a practicarlas<sup>47</sup>, y el espectro de la persecución por esterilizar mujeres, que había venido cobrando forma durante la primera mitad de los años 70s, se desplegó con una materialidad incontestable sobre el cuerpo de gineco-obstétricas.

La posibilidad de ser juzgados, e inclusive ir a prisión por 3-10 años<sup>48</sup> comenzó un movimiento (que para algunos aun no ha concluido) por parte de los ginecólogos y obstétricas, con el apoyo del Colegio de Médicos y Cirujanos (CMC), para “legalizar” las esterilizaciones. Fue en este contexto, que en agosto de 1976 el CMC promulgó sus propias

---

<sup>45</sup> El archivo de la Asamblea Legislativa no ofrece detalles sobre las denuncias que motivaron la institución de la comisión (Asamblea Legislativa, archivo 7628). Tampoco lo hacen Sandoval, Guillermo, *Los Programas de Población en Costa Rica: El Caso de la Investigación Legislativa. 1976*. [Tesis de Licenciatura] Universidad de Costa Rica, 1979 (inédita), o Barguil, Zaida y Retana, Luz, nota 13, quienes han analizado el tema.

<sup>46</sup> Sandoval, Guillermo, nota 45, pp. 170.

<sup>47</sup> Rosero Bixby, Luis, nota 25, pp. 70-71; Madrigal Pana, Johnny, nota 5, pp. 93; Gómez, Miguel, nota 24, pp. 105, y Caja Costarricense de Seguro Social, nota 4, pp. 9-11.

regulaciones para la provisión de la esterilización. Ésas eran unas regulaciones que había venido trabajando desde un par de años antes, con la ayuda de la Asociación de Ginecología y Obstetricia, a raíz de una carta enviada por el entonces director del Hospital de Limón quien solicitaba el parecer del Tribunal de Moral Médica del CMC respecto de las esterilizaciones por laparoscopia que se realizaban en su hospital y que había decidido suspender<sup>49</sup>.

En línea con una tradición que nadie se atrevía a desafiar, las regulaciones propuestas restringen el uso de la esterilización al ámbito de la salud. La historia de la cirugía, el Código de Moral Médica, la interpretación del Código Penal, y una fuerte tradición católica, entre otras, situaban la esterilización como una herramienta terapéutica. Inclusive aquellos que arriesgaban una postura a favor de la esterilización no se atrevían a recomendarla fuera de ese ámbito. Cabe señalar aquí la opinión de la misma Asociación de Ginecología y Obstetricia, que en 1974, a raíz de la mencionada consulta del Director del Hospital de Limón, indica al CMC su parecer con respecto a la reglamentación de la esterilización femenina, y limita las indicaciones de la esterilización femenina a la “punitiva, eugenésica y terapéutica”<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Pena que establece el artículo 123 para quien cause lesiones que generen pérdida de la capacidad de engendrar o concebir.

<sup>49</sup> Carta del 18 de junio de 1974, enviada por el Médico Director del Hospital Dr. Tony Facio, a los Sres. del Tribunal de Moral Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos (Archivo Nacional, carpeta # 151, Colegio de Médicos y Cirujanos).

<sup>50</sup> Carta del 31 de octubre de 1974, dirigida por el Presidente y el Secretario de la Asociación de Ginecología y Obstetricia al Presidente de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos (Archivo Nacional, carpeta # 111, pp. 167, Colegio de Médicos y Cirujanos).

Las regulaciones fueron fruto del aporte de profesionales de las diversas especialidades médicas quienes señalaron las patologías que podían ameritar una esterilización. Si bien la lista de las patologías era finita, su interpretación no. Y la discreción médica, que hasta ese entonces había jugado un papel preponderante en la distribución de la esterilización se impuso una vez más. Pero retomaré esto más adelante.

### ***3.7. La reticencia a firmar***

Con miras a ofrecer validez legal a las regulaciones, el CMC decidió volverlas decreto ejecutivo, lo que implicaba que debían ser firmadas por el presidente de la república. Si bien los médicos creían, y todavía creen, que una reforma al código penal era lo indicado, esa no era una tarea fácil, y aun en la eventualidad de que tuviera éxito (que a la fecha no ha tenido) no ofrecía una solución a corto plazo. Tres administraciones presidenciales (12 años) debieron pasar, antes de que el reglamento finalmente adquiriera el status de decreto ejecutivo en el año 1988. Mientras tanto, las regulaciones se utilizaron bajo recomendación del CMC.

El que debieran pasar tres distintas administraciones presidenciales para que finalmente se firmara el decreto ejecutivo demuestra que la firma de un decreto que regularizara la situación de la esterilización, aun cuando para limitarla al ámbito de lo terapéutico, no parecía estar exenta de riesgo. Las entrevistas que conduje con médicos que estuvieron involucrados en la formulación del reglamento y promulgación del decreto ejecutivo indican que el riesgo parecía derivar de una posible confrontación con la Iglesia Católica.

Si bien la iglesia costarricense había demostrado hasta ese momento una actitud bastante tolerante ante la anticoncepción<sup>51</sup> su reacción ante la promulgación de un decreto relativo a la esterilización era desconocida. Y al parecer, ningún presidente estaba dispuesto a correr el riesgo de indisponer las relaciones, más aun, cuando el no hacerlo no parecía alterar nada. El ritmo de esterilizaciones se reasumió un par de años después de 1976 (aunque nunca llegó a ser lo que era antes), y si bien cada vez que un presidente decidía no firmar el decreto ejecutivo el número de cirugías disminuía por un tiempo, luego se reestablecía<sup>52</sup>. Las esterilizaciones eran una realidad, con o sin decreto.

Lo que resta del análisis centra su atención en las regulaciones del 76 y el decreto ejecutivo de 1988, los cuales dictaron el uso de la esterilización en el país por más de dos décadas.

#### **4. El Reglamento del 76 y el Decreto del 88**

Las regulaciones emitidas por el CMC en 1976 y el decreto ejecutivo firmado en 1988 son prácticamente iguales. Ambos otorgan la autoridad de a quién esterilizar al médico tratante, supervisado por un comité de esterilización a nivel hospitalario y un comité a nivel del CMC, basado en una lista finita de patologías de acuerdo a diversas especialidades médicas (i.e. indicaciones para esterilización en especialidad de cardiología, vascular periférico,

---

<sup>51</sup> Ningún estudio ha analizado la actitud de la Iglesia Católica frente a la introducción de la planificación familiar en Costa Rica. La evidencia recolectada para este estudio me conduce a pensar que no existió gran oposición. Valga la pena resaltar aquí que el Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual se instituyó en el país en el año 1968, mismo año en que el Papa Paulo VI promulgó la Encíclica *Humanae Vitae*, la cual reiteraba la oposición de la Iglesia Católica a los métodos de planificación familiar, a excepción del método de la abstinencia periódica.

<sup>52</sup> Caso del Presidente Luis Alberto Monge en 1983 (Madrigal Pana, Johnny, nota 5, pp. 93-94; Caja Costarricense de Seguro Social, nota 4, pp. 9-25, cuadro 9.11).

etc.) o tipo de afecciones (i.e. endocrinopatías, enfermedades genéticas y hereditarias<sup>53</sup>, enfermedades o problemas ginecológicos, entre otras) (ver figuras 1 y 2). Ambos establecen que la lista es de acatamiento obligatorio y que las patologías no contempladas sólo podrán incluirse mediante ampliación al decreto/reglamento.

Figura # 1

<p>b. Diabética de curso inestable con cetoacidosis o resistencia a la insulina.</p> <p>3) <i>Madres de niños con errores congénitos del metabolismo.</i></p> <p>a. Hiperplasia suprarrenal congénita por déficit enzimático</p> <p>b. Acidemia propiónica</p> <p>c. Gligenosis</p> <p>d. Fructocemias</p> <p>e. Cualquier otro error congénito metabólico. En estos casos la recomendación para impedir un futuro embarazo debe ser tomada por un Comité de Consejo Genético, creado ad hoc por el Comité de Reproducción humana e integrado por:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un genetista clínico</li><li>• Un pediatra endocrinólogo</li><li>• Un obstetra</li><li>• Un psiquiatra consejero matrimonial</li></ul> <p>10.3 <i>Indicaciones para esterilización en pacientes con enfermedades genéticas y hereditarias (hombres y mujeres):</i></p> <p>a. Está indicada la esterilización en pacientes con enfermedades genéticas cuya línea de herencia es reconocida como dominante, con efectos severos como patología progresiva e invalidante que lesiona uno o varios órganos o sistemas.</p> <p>b. Podrán someterse a estudios de esterilización requerida, aquellas pacientes portadoras de patología autosómica recesiva que por consanguinidad o por gran expresividad</p>	<p>y penetrancia tengan riesgo de que dicha enfermedad genética reincida como dominante en su futura progenie.</p> <p>c. En la misma condición que la patología dominante, se presentan las enfermedades transmitidas por herencia recesiva ligada al cromosoma X.</p> <p>Las solicitudes para esterilización en casos de enfermedades genéticas y hereditarias, deberán ser tramitadas previa aprobación del Comité de Reproducción Humana del Colegio de Médicos y Cirujanos.</p> <p>10.4 <i>Lista de enfermedades o problemas gineco-obstétricos que justifican la esterilización:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Cáncer de los órganos genitales.</li><li>2) Cáncer mamario.</li><li>3) Ruptura uterina que comprometa el futuro obstétrico.</li><li>4) Distopias urogenitales, cuya reparación fracasaría en casos de nuevo parto.</li><li>5) Tercera cesárea.</li><li>6) Enfermedades hemolíticas obstétricas y neonatales graves y repetidas.</li><li>7) Múltiparas con alto riesgo obstétrico real o potencial.</li><li>8) Fístulas urogenitales y rectovaginales.</li><li>9) Várices vulvaginales severas.</li><li>10) Malformaciones congénitas heredo-familiares.</li></ol>
--	--

**Indicaciones para la esterilización,  
Decreto Ejecutivo N. 18080-S, 1988**

<sup>53</sup> Tanto las regulaciones del 76 cuanto el reglamento de 1988 incluyen, como indicaciones para la esterilización, la transmisión de enfermedades genéticas y hereditarias a los hijos (i.e. Osteopetrosis, art. 10.5, ítem 7, Decreto presidencial N. 18080-S). La inclusión de este tipo de esterilizaciones, cuya legitimidad como justificante de un procedimiento destinado a “proteger la salud” es cuando menos debatible, no pareciera haber sido objeto de gran discusión.

Pero si bien la lista de patologías del decreto ejecutivo de 1988 es prácticamente igual a la del reglamento de 1976<sup>54</sup>, existe una importante modificación que vale la pena resaltar (ver tabla # 1). En el decreto del 88 desaparecen casi todas las referencias precisas al número de hijos y edad que la mujer debe tener para ser esterilizada<sup>55</sup>. Así, de acuerdo al reglamento de esterilizaciones de 1976, para que una mujer pudiera ser esterilizada por tercera cesárea debía tener tres hijos vivos. El decreto ejecutivo de 1988 no hace referencia alguna al número de hijos, siendo suficiente con el número de cesáreas habidas. Otro ejemplo está dado por el alto riesgo obstétrico, que figura en ambas regulaciones como causal de esterilización en presencia de multiparidad. El reglamento de 1976 define dicha multiparidad por la presencia de cuatro hijos vivos o más. El decreto ejecutivo de 1988 no la define, dejando su interpretación a criterio del especialista<sup>56</sup>.

**Tabla # 1**

**Lista de enfermedades o problemas gineco-obstétricos que justifican la esterilización  
Reglamento 1976 y Decreto ejecutivo 1988.**

	<b>Reglamento de Esterilizaciones Femeninas y Masculinas 1976</b>	<b>Reglamento de Esterilizaciones, Decreto Ejecutivo N. 18080-S, 1988</b>
<b>Lista de enfermedades o problemas gineco-</b>	Prolapso grado III, mayor de 30 años y múltipara de más de 4 hijos	No figura como tal. Está sustituido por distopias urogenitales cuya reparación fracasaría en casos de nuevo parto
	Tercera cesárea con tres hijos	Tercera cesárea

<sup>54</sup> Archivo Nacional, carpeta # 236, Colegio de Médicos y Cirujanos, pp. 24-36. El reglamento promulgado por el Colegio de Médicos y Cirujanos en 1976 sufrió revisiones durante los siguientes años. La revisión de los documentos disponibles en el Archivo Nacional indica que la versión que fue aprobada en 1988 fue producto de revisiones que finalizaron en 1979.

<sup>55</sup> La excepción la constituye la indicación de esterilización en la paciente diabética múltipara, para la cual se estipula el requisito de tres o más hijos (Artículo 10.2, ítem 2, Decreto presidencial N. 18080-S).

<sup>56</sup> No me fue posible encontrar información referente a los argumentos que motivaron estos cambios.



obstétricos justifican esterilización	que la	vivos	
		Multípara con 4 o más hijos vivos, mayor de 30 años y con alto riesgo obstétrico potencial.	Multípara con alto riesgo obstétrico real o potencial.

Estos cambios consiguen dos cosas. Por un lado, otorgan un carácter más científico a la decisión médica, al desligarla de aspectos de carácter social que dictaban su uso contraceptivo. Por otro, incrementan la discrecionalidad del médico. Este último aspecto, como se verá, fue decisivo para el éxito de la política.

#### **4.1. Su uso**

La legislación progresivamente restrictiva debe ser entendida como una medida tendiente a establecer un camino legítimo para la práctica de las esterilizaciones (contraceptivas), sin desafiar el marco legal vigente, y alterando, el mínimo posible, una práctica social ya establecida. Así, estas regulaciones no pretendían restringir el uso de la esterilización a ciertas patologías, sino más bien, ofrecer ciertas patologías como vías de acceso a la esterilización. Para ello, las regulaciones apuestan a la discreción médica.

La estrategia de uso consistía en hacer la esterilización contraceptiva invisible, o dicho de otra manera, en reconfigurar cada esterilización contraceptiva en una esterilización con cabida en el reglamento/decreto: una esterilización terapéutica. Esto se lograba mediante dos mecanismos:

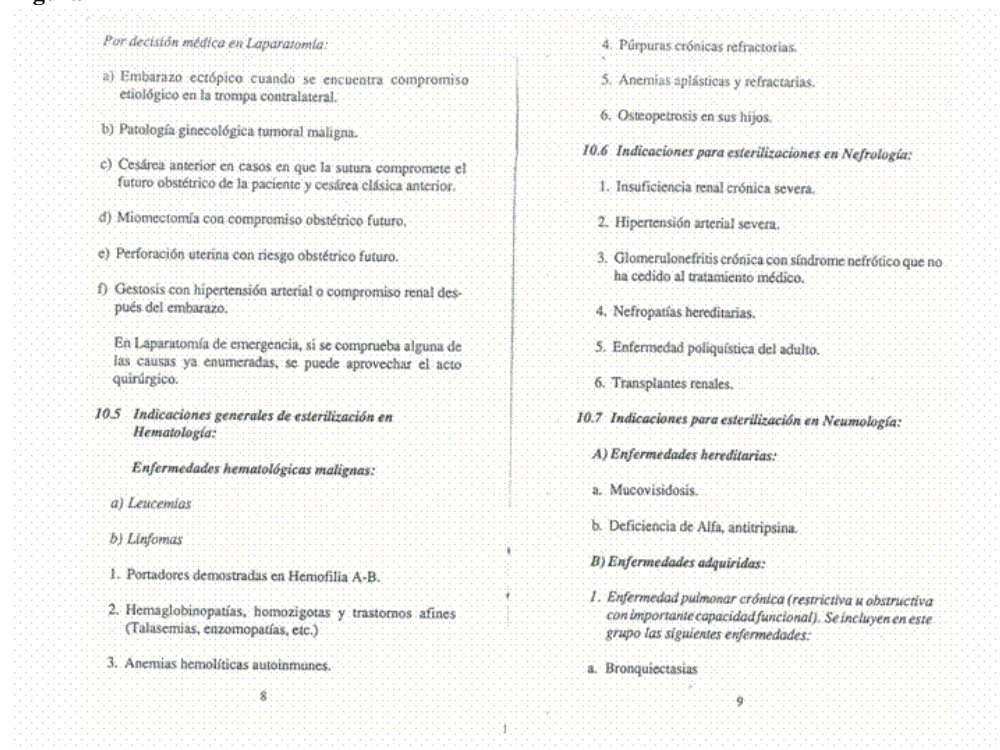
- A nivel general, con una concepción amplia de lo que debía entenderse por razones de orden médico/salud.
- A nivel del caso particular, buscando, forzando e inclusive inventando en la mujer, una patología que, de acuerdo al reglamento, justificara la esterilización.

Ninguno de los dos mecanismos era nuevo. Se venían aplicando con éxito desde tiempo atrás, y en este sentido, la nueva reglamentación constituye, simplemente, la oficialización de una práctica establecida y comprobadamente eficaz. Un buen ejemplo de cómo las causas médicas eran interpretadas de manera amplia se tiene en el Hospital México, el cual previo a la promulgación del reglamento de 1976, trabajaba con una comisión de esterilización que analizaba cada caso. Dicha comisión consideraba, como razón de orden médica para la esterilización, la multiparidad, definida como más de 4 hijos en el caso de mujeres de más de 30 años, y la gran multiparidad, definida como seis hijos o más en mujeres menores de 30 años. El análisis de 420 esterilizaciones practicadas de enero de 1973 a mayo de 1974 en dicho hospital indicó que 80.7% de las mismas fueron motivadas por multiparidad<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> Blanch, José; Pastor, Zaday y Prada, Carlos, nota 23, pp. 2 y 14, cuadro 4.

Figura # 2



**Indicaciones para la esterilización  
Decreto Ejecutivo N. 18080-S, 1988**

Otra manera de ampliar el acceso a la esterilización era “patologizando” aspectos de carácter social. Cabe señalar aquí nuevamente, la opinión que en 1974, la Asociación de Ginecología y Obstetricia brindó al CMC con relación a la reglamentación de la esterilización femenina. En una carta dirigida al Presidente de la Junta del CMC dicha comisión señala, que “La indicación de esterilización femenina directa terapéutica puede ser motivada por Patología Médica o por Patología Social...”, y ofrece como definición de

patología social la del Diccionario de Sociología de Henry Pratt Fairchild: “Estudio de desorganización o desajuste sociales, en el que se examina la significación, extensión, causas, resultados y tratamientos de los factores que impiden o reducen el ajuste social; tales factores son: pobreza, paro, vejez, mala salud, idiotez, locura, delito, divorcio, prostitución y tensiones familiares”<sup>58</sup>.

Si bien las causas sociales no llegaron a figurar en el reglamento de esterilización<sup>59</sup>, puede decirse que existía un acuerdo implícito entre el personal de salud, para considerar la “pobreza”, en presencia de muchos hijos, un mal compañero o la ausencia de uno, como un criterio para la esterilización, y los aportes de las trabajadoras sociales frecuentemente constituían un insumo clave para las decisiones que tomaban los comités de esterilización<sup>60</sup>. A modo de ejemplo, el comité hospitalario del Instituto Materno Infantil Carit tenía como requisito, previo a la consideración de cada solicitud de esterilización, la valoración de la paciente por el Departamento de Trabajo Social. De 1975 a 1979, dicho departamento valoró 1371 mujeres que habían solicitado la cirugía, constituyendo dichas valoraciones una de las principales fuentes de trabajo de dicho departamento<sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> Carta del 31 de octubre de 1974, nota 50, pp. 167.

<sup>59</sup> En ocasión de la revisión del decreto ejecutivo de 1988, el cual culminó, en 1999, con la liberalización de la esterilización en el país, la nueva propuesta de reglamento que el CMC envió para aprobación al Ministerio de Salud incluía, como motivo de esterilización terapéutica, la categoría de “riesgo psico-social”. Esta categoría comprendía: malnutrición severa, condiciones sanitarias deficientes y hacinamiento, pocas posibilidades de ofrecer a los hijos educación y desarrollo adecuado, drogadicción y alcoholismo en alguno de los progenitores, violencia familiar y abuso sexual (oficio RH.107.98, del 21 de octubre de 1998, enviado por el Coordinador del Comité de Reproducción Humana del Colegio de Médicos y Cirujanos al Coordinador de la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Salud).

<sup>60</sup> Las mujeres solicitantes de la esterilización estaban conscientes del poder seductor de la “mala situación familiar y económica” y frecuentemente incluían estas situaciones en las cartas de solicitud de la operación.

<sup>61</sup> Montoya Emilia et al., *Estudio de Mujeres que solicitaron esterilización en el instituto Carit, período 1975-1979*. San José, [Caja Costarricense de Seguro Social,] 1982, pp.1.

A nivel individual, las várices eran una de las condiciones que, dada su alta prevalencia entre las mujeres, fácilmente se constituían en justificativos para la esterilización. Ya entre 1969-1971, las “causas vasculares” habían representado un 47% de las causas médicas de las esterilizaciones realizadas en uno de los dos hospitales de la seguridad social<sup>62</sup>. Las regulaciones de 1976 y el posterior decreto de 1988 instituyen las várices severas, en pacientes multíparas, como causal de esterilización. La posibilidad que abría el tener várices, o en su defecto, la dificultad que planteaba el no tenerlas es muy bien ilustrado por Luz, una mujer que en 1993 tenía entre 45-59 años y que participó en una investigación sobre la difusión de la planificación familiar realizada por Rosero y Casterline:

“... entonces yo fui donde un doctor y le dije que si él creía que a mí me podían operar, entonces él me dijo que por qué, yo le dije que ya no quería más hijos, que las pastillas me estaban poniendo muy gorda. El doctor dijo: hay dos problemas, estás muy joven y no tenés várices...”<sup>63</sup>.

Luz no tenía várices pero tenía suerte. El médico que la atendía le prometió “hacer todo lo posible” para ayudarla a conseguir la cirugía. Definitivamente “algo” hizo, y Luz fue esterilizada a los dos meses de haber parido a su última hija<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup>Solís, Oscar y Solís, Vilma. *Análisis de Ochocientas Veintidos Salpingectomías Realizadas en el Hospital Dr. Calderón Guardia*. San José, [Asociación Demográfica Costarricense,] 1971, pp. 5.

<sup>63</sup>Rosero Bixby, Luis y Casterline, John B. “Difusión por Interacción Social y Transición de la Fecundidad: Evidencia Cuantitativa y Cualitativa de Costa Rica”, *Notas de Población*, Año XXIII, N. 61, (1995), pp. 29-78:55.

<sup>64</sup>Rosero Bixby, Luis y Casterline, John B, nota 63, pp. 55.

La multiparidad, en asociación con alto riesgo obstétrico, era también una de causales frecuentemente invocadas para la esterilización. “Nos apoyábamos mucho en el 10.4.7” (artículo del decreto del 88 que se refería a las mujeres con múltiples partos y riesgo obstétrico potencial), me dijo uno de los médicos que entrevisté. Ello, con las ventajas de que este decreto, a diferencia de las regulaciones del 76, ya no especificaba qué debía entenderse por multiparidad<sup>65</sup>. Por otra parte, el riesgo es una cuestión imprecisa, y qué tan alto es ese riesgo, un juicio de valor.

La distopia uterina, condición en la que el útero se encuentra fuera de su posición habitual, también era utilizada. El útero siempre podía ser encontrado “un poquito para la derecha o un poquito para la izquierda” me comentaba otro médico. O, simplemente, podía argumentarse que la mujer “estaba loca, o que se deprimía después del parto, y ya está, calzaba en las indicaciones psiquiátricas”.

Así, según lo referido por el mismo ginecólogo, “El decreto permitía esterilizar a todo el mundo”. Si el médico consideraba que una mujer ameritaba la esterilización o simplemente quería ayudarla a esterilizarse, había siempre una manera de encontrar un motivo de salud para justificarla. Pero, continuaba el mismo médico, el decreto también permitía “no

---

<sup>65</sup> Que el término multiparidad no se explica por sí solo se evidencia en una carta dirigida al Comité Nacional de Esterilizaciones del CMC por el Médico Director del Hospital de Heredia, el Jefe de la Clínica de Gineco-Obstetricia y el Asistente de servicio de Gineco-Obstetricia, en la cual solicitan se les indique “hasta donde se considera multiparidad” (DM; 191-76 del 4 de octubre de 1976, Archivo Nacional, carpeta # 310, pp. 141, Colegio de Médicos y Cirujanos). No encontré respuesta a dicha carta entre los documentos disponibles en el Archivo Nacional.

esterilizar a nadie”. Si por algún motivo el profesional decidía no esterilizar a la mujer, ninguna causa de salud parecía ser lo suficientemente severa como para ameritar la cirugía. A su vez, a pesar de ser formalmente de aplicación compulsoria en todo el país (establecimientos públicos y privados) el reglamento del 76 y el decreto del 88 se aplicaban principalmente en la práctica pública. Las arbitrariedades cotidianas con la distribución de la esterilización fueron generando un importante descontento social el cual constituyó un insumo fundamental para las acciones que culminaron en 1999, con la liberalización de la esterilización. Pero eso es parte de otra historia<sup>66</sup>.

#### ***4.2. El control***

Pero los médicos no sólo estaban a cargo del diseño de la política y de su puesta en práctica. Estaban también a cargo del control de su aplicación. El reglamento del 76 y el decreto ejecutivo de 1988 establecían que el médico que recomendaba la esterilización debía buscar la aprobación del comité de esterilización del hospital. Este comité, a su vez, tenía que rendir cuentas ante el comité del Colegio de Médicos y Cirujanos (CMC).

La actitud de los comités de esterilización a nivel hospitalario variaba de institución a institución. Los hospitales que habían sido tradicionalmente liberales en la provisión de la cirugía continuaron siéndolo con las regulaciones. Los que eran conservadores con el uso de la esterilización lograban, inclusive, ser más restrictivos que el reglamento y posteriormente el decreto. En estos últimos hospitales, los médicos que querían esterilizar

---

<sup>66</sup> Carranza María, nota 14 y nota 1.

tenían varias alternativas: practicar la esterilización en conjunto con una cesárea y no reportarla, o enmarcar la cirugía como fruto de una decisión tomada en el transcurso de una laparotomía (frecuentemente una cesárea). Las regulaciones estipulaban que se podía proceder a esterilizar sin el permiso del comité en aquellos casos en los cuales en el transcurso de otra cirugía se evidenciara la necesidad de una esterilización (ver figura # 2).

Por su parte, médicos que fueron miembros del comité de esterilización del CMC coincidieron en que dicho comité tenía una actitud “bastante relajada”. El objetivo no era perseguir las esterilizaciones sino simplemente velar porque se mantuvieran dentro de ciertos límites. Esta impresión se corroboró totalmente mediante la revisión de las actas de reuniones disponibles en el Archivo Nacional.

El comité del CMC actuaba en base a un reporte de esterilizaciones que se hacía para cada mujer esterilizada y el cual le era remitido, por cada hospital, en forma periódica. El arte estaba en el reporte, y si el médico y el comité hospitalario guardaban las formas, el comité del CMC no tenía por qué intervenir. En contraposición, aquellos hospitales que reportaban esterilizaciones que parecían no ajustarse a los requisitos establecidos por el reglamento recibían solicitudes de ampliación de información y los hospitales que parecían excederse en el diagnóstico de ciertas causas también eran instados a controlarse. Aquellos médicos que presentaban al comité del CMC casos que les habían sido rechazados por el respectivo comité hospitalario frecuentemente eran exhortados a apearse al reglamento y/o buscar el parecer de un especialista.



### 5. A modo de conclusión

La política de esterilización (terapéutica) que funcionó en el país hasta mediados de 1999 puede ser considerada una política exitosa, si por ello entendemos una política que alcanza los fines que se propone. Se propuso ofrecer la esterilización sólo por motivos de salud y lo hizo. Toda esterilización que siguió los canales oficiales fue “vestida” de terapéutica.

Pero esta política también puede ser considerada exitosa en otro plano. Como fuera analizado, su fin último no era limitar la esterilización al ámbito de lo terapéutico. Ése era simplemente un medio. Un medio para dar protección a quienes la practicaban, alterando lo menos posible su provisión. Y a este nivel la política también fue exitosa. Operando bajo el paraguas de un reglamento que “técnicamente” colocaba la mayor parte de las esterilizaciones fuera de la ley, los médicos se sintieron protegidos y la esterilización contraceptiva se distribuyó.

Una política como la que aquí se ha descrito sólo pudo concebirse como una medida de protección, y de hecho proteger, porque estaba ya probada. La esterilización contraceptiva se había dado a la sombra de la terapéutica por años, y era sólo cuestión de oficializar una práctica establecida. A su vez, no eran de esperarse mayores sorpresas con su aplicación. No existía brecha entre el diseño y la aplicación de la política: el cuerpo médico era ambos, artífice y ejecutor. Estaba también a cargo de su control.

Sin embargo, el éxito de la política de esterilización en Costa Rica obedece a muchos más que aquellos directamente implicados en su diseño, ejecución y control. Diversos factores han contribuido a tornar la esterilización en una práctica de sentido común, en la forma “lógica” de poner fin a la reproducción, y esta cirugía se produce y reproduce en las familias más diversas del país, incluidas las de los médicos y sus pacientes<sup>67</sup>. Es la existencia de una importante y creciente aprobación social (y más) a la esterilización la que ha garantizado la viabilidad (política) de la política de esterilización contraceptiva en el país<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> Ver Carranza, María, nota 1.

<sup>68</sup> Se tiene un contraejemplo ilustrativo en el caso del aborto. Al igual que con la esterilización, el código penal restringe el uso de esta cirugía al ámbito de la protección de la salud y de la vida. No obstante, la ausencia de aprobación social al aborto ha impedido que el uso “terapéutico” de esta cirugía se instituya como el mecanismo oficial para su distribución.