



REVISTA

JUVENTUD Y CIENCIA SOLIDARIA:

En el camino de la investigación

LA ESTERILIZACIÓN FORZADA COMO ESTRATEGIA DE ERRADICACIÓN DE LA POBREZA EN AMÉRICA LATINA

María Estefanía Figueroa Estupiñan, Elio Ramírez Rubira



Mi nombre es **María Estefanía Figueroa Estupiñan**, tengo 17 años y curso el último año de Bachillerato en Ciencias en la Unidad Educativa Fiscomisional María Auxiliadora. Integro el Club de Investigación para la Redacción Científica (CIRC) y aspiro a estudiar Relaciones Internacionales o Derecho, con el propósito de contribuir a la protección de los derechos de las personas.



Mi nombre es **Elio Ramírez Rubira**, soy fundador y director del Club de Investigación para la Redacción Científica (CIRC) y del Grupo de Investigación en Ciencia y Tecnología (GICITEC). Me desempeño como docente universitario y de bachillerato, y trabajo para impulsar el desarrollo integral de los jóvenes mediante el fortalecimiento de sus talentos y habilidades.

Resumen

Desde la segunda mitad del siglo XX, América Latina ha pasado por diversos programas de planificación familiar e intervenciones demográficas vinculados directamente a las agendas de desarrollo regional. En principio, estas políticas respondieron a un enfoque neomalthusiano que señalaba al crecimiento poblacional como la principal causa de la pobreza. Progresivamente, bajo la justificación oficial de combatir la miseria, estas prácticas derivaron en dinámicas de control social y dominación, llegando en casos extremos a la implementación de esterilizaciones forzadas sin consentimiento, o bien manifestándose a través de la exclusión y la omisión estatal en el acceso y promoción

de métodos anticonceptivos. Este artículo muestra cómo el discurso oficial del "combate a la pobreza" encubrió factores estructurales como la desigualdad, trasladando la responsabilidad económica que tenía el Estado a los cuerpos de las mujeres, especialmente de sectores rurales y marginados. Al relacionar los casos documentados en países como Perú y Chile con la evolución histórica de las políticas de salud reproductiva en Ecuador, se evidencia que estas intervenciones respondieron a lógicas de poder, racismo y clasismo estructural, u omisiones en educación sexual integral. La presente investigación parte del análisis de la violencia institucional y concluye reafirmando la ineficacia de la

violencia reproductiva, planteando que la superación de la pobreza exige garantizar el acceso equitativo a derechos fundamentales y el respeto absoluto a la autonomía corporal.

Palabras clave: esterilización forzada, control poblacional, derechos reproductivos, planificación familiar, América Latina

Explicación del tema

Desde hace varias décadas, en diversos países de América Latina, miles de mujeres han sido sometidas a procedimientos de esterilización sin su consentimiento o bajo presión, con la particularidad de que pertenecen a contextos marcados por la pobreza, la desigualdad y el abandono estatal. Estas prácticas fueron justificadas por los mismos gobiernos como parte de políticas de salud pública o programas de planificación familiar orientados, supuestamente, a reducir la pobreza y promover el desarrollo social.

Sin embargo, detrás de estos discursos se ocultaron dinámicas de control poblacional, discriminación racial y cultural, y violencias ejercidas sobre los cuerpos de las poblaciones más vulnerables, profundizando así, desigualdades sociales que ya existían

En términos médicos, la esterilización se define como un método anticonceptivo que consiste en la oclusión de las trompas de Falopio, lo que impide que los espermatozoides lleguen al óvulo y se produzca la fecundación; este procedimiento es realizado mediante una intervención quirúrgica [1].

Si bien para muchas personas la esterilización representa una opción voluntaria para evitar embarazos, a lo largo de la historia ha sido utilizada como una herramienta de control y dominación, aprovechándose de la falta de conocimiento de un grupo históricamente olvidado, lo que impedía un verdadero consentimiento informado.

En este sentido, la esterilización forzada en América Latina funcionó como una estrategia de control social que violentó los derechos humanos de las poblaciones más vulnerables, especialmente de mujeres pobres, indígenas, rurales y con discapacidades; de este modo, se convirtió en una forma de violencia ejercida desde el

propio Estado. Dicho esto, en el ámbito metodológico, la presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo que adoptó el método sociológico de análisis de datos secundarios, centrado en la revisión de literatura académica e histórica sobre los derechos reproductivos y las políticas de control demográfico en América Latina. Para la selección de las fuentes bibliográficas, se establecieron criterios basados en la congruencia temática y la rigurosidad histórica de los documentos.

La búsqueda de información se realizó en bases de datos académicas y repositorios digitales de confianza, tales como SciELO, Redalyc, Dialnet y Google Académico, empleando palabras clave combinadas como "esterilización forzada", "control poblacional", "neomalthusianismo", "derechos reproductivos" y "violencia estructural". Se priorizaron artículos de revistas científicas, informes de organismos internacionales de derechos humanos como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y textos analíticos publicados en las últimas décadas. De esta manera, se logró reunir tanto datos y cifras de los casos históricos como análisis actuales sobre la situación de las mujeres en la región.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, varios países de la región implementaron programas de planificación familiar como estrategia de modernización y desarrollo, los cuales, en la práctica, afectaron de manera desproporcionada a mujeres pobres, indígenas, rurales y con discapacidades [2,3].

En Perú ocurrió uno de los casos más emblemáticos de esterilización forzada en América Latina. Aunque ya en 1964 se habían registrado algunas intervenciones impulsadas desde el sector privado, fue durante la década de 1990, bajo el gobierno de Alberto Fujimori, cuando estas prácticas se institucionalizaron mediante la implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PNSRPF).

En el marco de este programa, se esterilizaron aproximadamente 272.000 mujeres y 22.004 hombres, en su mayoría personas indígenas, pobres y residentes de zonas rurales, quienes fueron sometidas a estos procedimientos sin consentimiento informado y mediante mecanismos de coacción, amenazas y engaños [4]. Estas intervenciones se realizaron en condiciones precarias,

sin información adecuada sobre los riesgos ni sobre alternativas anticonceptivas, lo que ocasionó graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales para las víctimas.

El discurso oficial del gobierno justificó estas acciones como una estrategia para reducir la pobreza a través del control de la tasa de natalidad; sin embargo, en la práctica, dicha política vulneró de forma sistemática los derechos reproductivos y humanos de las poblaciones más vulnerables del país.

En Chile, durante la dictadura militar de Augusto Pinochet y en las décadas posteriores, se documentaron formas de esterilización no consentida que afectaron de manera desproporcionada a mujeres en situación de vulnerabilidad. Aunque los estudios específicos sobre esterilización forzada en este país no son tan amplios como en otras naciones de la región, existe evidencia de que mujeres con discapacidades han sido objeto de este tipo de intervenciones sin su consentimiento ni la información adecuada, lo que representa una grave violación de sus derechos humanos y reproductivos [5].

Los estudios analizados destacan que la esterilización forzada ha sido denunciada como una vulneración de derechos de mujeres con discapacidad en distintos países, incluido Chile, y que las investigaciones sobre este tema han crecido en las últimas décadas, enfatizando su carácter de violencia contra este grupo de mujeres [6].

Además, algunos casos recientes han demostrado que la esterilización no consentida sigue ocurriendo fuera de programas estatales directos. Esto sucedió, por ejemplo, cuando mujeres que vivían con VIH fueron esterilizadas durante procedimientos obstétricos sin su consentimiento informado, tal como en el caso de Francisca, quien fue intervenida tras un parto por cesárea y más adelante presentó su denuncia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, obligando al Estado chileno a reconocer su responsabilidad y pedir disculpas públicas [5].

Estas situaciones muestran que, más allá de un pasado dictatorial, la práctica de esterilizaciones forzadas en Chile también se expresa actualmente como parte de una discriminación estructural, donde ciertas mujeres especialmente aquellas en condiciones de salud marginal o con discapacidades enfrentan obstáculos

impuestos por el propio sistema para ejercer su autonomía reproductiva.

De esta misma forma, en países como Brasil y Bolivia se han logrado documentar casos de esterilización forzada masivos destinados en contra de mujeres indígenas y campesinas, prácticas que responden a las mismas ideologías de control poblacional y exclusión social identificadas en los casos anteriores.

En este contexto, en 2011 la Asociación Médica Mundial y la Federación Internacional de Organizaciones de Salud y Derechos Humanos condenaron la esterilización forzada, al considerarla una forma de violencia que afecta gravemente la salud física y mental de las personas y constituye una violación de los derechos humanos.

Asimismo, estas organizaciones advirtieron que, a pesar de dichas condenas, continúan registrándose casos de esterilización forzada en distintas regiones, lo que representa un abuso del conocimiento médico, una falta grave a la ética profesional y una vulneración directa de los derechos humanos [7].

Detrás del discurso del "combate a la pobreza", se difundió la premisa de que reducir los nacimientos era la solución definitiva para el subdesarrollo. Durante la segunda mitad del siglo XX, especialmente en el contexto de la Guerra Fría, se propagó en América Latina la idea de que el crecimiento acelerado de la población constituía una de las principales causas de la miseria y el retraso económico. Desde este enfoque, inspirado en el pensamiento neomalthusiano, se sostenía que las naciones "subdesarrolladas" no podían progresar si sus recursos económicos debían repartirse entre poblaciones cada vez más grandes y numerosas.

De este modo, la reducción de los nacimientos se presentó ante la opinión pública como una estrategia útil, eficaz y de bajo costo para desarrollar la economía, disminuir la pobreza y evitar potenciales conflictos sociales [3].

Esta perspectiva fue impulsada activamente por organismos internacionales y potencias como Estados Unidos, que asociaban el control demográfico con la estabilidad política y una forma de evitar posibles levantamientos en la región.

Aún así, diversos autores latinoamericanos han señalado que esta idea solo simplificó y distorsionó las

verdaderas causas de la pobreza en esa época, restándole atención a problemas estructurales como la desigualdad social, la concentración de la riqueza y la dependencia económica.

En lugar de cuestionar estos factores, las políticas demográficas se inclinaron a responsabilizar a los sectores pobres, especialmente a las mujeres, al considerar que tener muchos hijos perpetuaba la miseria. Como advierte Felitti (2009), el control de la natalidad fue integrado a programas de desarrollo y ayuda más como una herramienta de regulación social y geopolítica que como una política orientada a garantizar derechos reproductivos, lo que generó profundas tensiones entre las decisiones individuales y las imposiciones del Estado.

El discurso oficial de la época se estructuró a partir de una narrativa que culpó de manera directa a las mujeres pobres de la desigualdad y el atraso económico de la región. La pobreza en América Latina ha sido interpretada históricamente desde enfoques que responsabilizan a los propios individuos por su situación económica, minimizando de este modo las causas estructurales reales de la inequidad social. Bajo este sesgo ideológico, las mujeres de sectores vulnerables fueron presentadas como las principales responsables del incremento de la miseria, asociando malintencionadamente su maternidad, su rol familiar y su condición económica con el fracaso de los planes de desarrollo estatal.

Esta ideología ha favorecido que se traslade la atención de factores estructurales como la distribución desigual de las riquezas, la exclusión del mercado laboral y la falta de políticas sociales inclusivas, colocando la carga de la pobreza sobre el cuerpo y las decisiones reproductivas de las mujeres. De este modo, se profundiza el fenómeno de la feminización de la pobreza [8].

Este concepto ha permitido comprender cómo esta culpabilización actúa de formas diferentes según el género. Muchos estudios señalan que las mujeres luchan contra altos niveles de precariedad económica debido a desigualdades estructurales, como el acceso limitado a recursos, la sobrecarga del trabajo doméstico y cuidados no remunerados, y la discriminación laboral.

Aun así, estas condiciones han sido reinterpretadas por los discursos políticos y sociales dominantes como fallas estrictamente individuales, promoviendo

la premisa de que las mujeres de escasos recursos son las principales responsables de su situación y de la persistencia de la pobreza en general [2].

De este modo, la pobreza deja de ser entendida como un problema social y estructural, para convertirse ante los ojos oficiales en una presunta consecuencia de las decisiones reproductivas y familiares de las propias mujeres [9].

La aplicación de estas políticas devino de forma directa en una flagrante violación de los derechos humanos en la región. Más allá de los discursos oficiales que presentaron la esterilización como una simple estrategia de planificación familiar o de combate a la pobreza, su implementación forzada en distintos países de América Latina constituyó una grave transgresión a la dignidad, la integridad y la autonomía de miles de personas.

Estas prácticas atentaron directamente contra el derecho a la autonomía corporal, a la salud y a decidir libremente sobre la reproducción, afectando de forma excesiva a mujeres indígenas, pobres, campesinas y mujeres con discapacidades.

Lejos de responder a criterios de salud pública, la esterilización forzada se integró en lógicas de control social sustentadas en la discriminación, el abuso de poder y la negación sistemática del consentimiento informado, generando consecuencias profundas y duraderas en la vida física, psicológica y social de las víctimas.

Esta transgresión sistemática se manifestó de manera evidente a través de la falta de consentimiento informado en los centros de salud de la región. Uno de los principios básicos de la ética médica y de los derechos humanos es el consentimiento informado, entendido como la autorización libre, previa y explícita de la persona para someterse a cualquier procedimiento médico, la cual debe otorgarse únicamente tras recibir información clara, completa y oportuna sobre sus riesgos, beneficios y alternativas.

En el caso de la esterilización forzada, este principio fue sistemáticamente vulnerado, ya que muchas mujeres y personas en situación de vulnerabilidad fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos irreversibles sin una explicación adecuada de sus consecuencias o bajo presiones que sustituyeron la libre voluntad por la

presión o el engaño. Esta ausencia de consentimiento no solo vulnera el derecho a la autonomía corporal, sino que atenta directamente contra la integridad física y mental de las personas afectadas, constituyendo una forma de violencia institucional ejercida a través de las estructuras de salud [10].

Estas vulneraciones no se dieron de forma aislada, sino que estuvieron profundamente atravesadas por dinámicas de racismo y clasismo estructural y sistemático. Las prácticas de esterilización forzada se vincularon con estas lógicas de exclusión, ya que no se aplicaron de manera generalizada, sino de forma selectiva sobre ciertos grupos de la población.

Diversos estudios evidencian que las políticas demográficas y de control poblacional afectaron en gran medida a mujeres indígenas, rurales y en situación de pobreza extrema, provenientes de sectores históricamente marginados; esto responde a estereotipos coloniales y clasistas que las conciben como "no aptas" para la maternidad o como un obstáculo para el desarrollo económico de las naciones. Por ello, la asimetría y la relación de poder entre el personal de salud y las pacientes facilitó abusos y prácticas discriminatorias, profundizando la vulnerabilidad de quienes ya se encontraban en situaciones de exclusión social [11].

Las consecuencias de la esterilización forzada van más allá del acto quirúrgico y generan efectos físicos y psicológicos duraderos. En el plano físico, las personas sometidas a estas intervenciones pueden enfrentar complicaciones como infecciones, hemorragias, dolores crónicos y secuelas derivadas de procedimientos realizados en condiciones precarias o sin seguimiento médico posterior adecuado.

En el ámbito psicológico, se han documentado impactos profundos como trauma, depresión, ansiedad, pérdida del proyecto de vida reproductivo, sentimientos de humillación y señalamiento en el entorno familiar.

Estas secuelas evidencian una doble forma de violencia: aquella ejercida de manera directa a través de la intervención médica forzada y la de carácter estructural, producto de la negación de la autonomía y los derechos fundamentales de las víctimas [11].

En el contexto ecuatoriano, si bien no se institucionalizó un programa explícito de control demográfico de carácter represivo de la magnitud del caso peruano,

la vulnerabilidad en torno a los derechos reproductivos históricamente compartida por las mujeres de sectores rurales, indígenas y de escasos recursos económicos estuvo vinculada a dinámicas de exclusión y omisión estatal.

Diversas investigaciones locales apuntan a que las deficiencias o abusos en la autonomía reproductiva del pasado hallan su causa fundamental en la falta de implementación, facilidad de acceso y promoción activa de los métodos de planificación familiar por parte de las instituciones públicas de salud.

Durante gran parte del siglo XX y principios del XXI, la ausencia de una educación sexual con enfoque de derechos y la marcada desinformación limitaron la capacidad de las poblaciones marginadas para ejercer un consentimiento plenamente informado, restringiendo sus opciones anticonceptivas y dejándolas desprotegidas ante la precariedad de los servicios de salud reproductiva [12].

Esta situación histórica de desatención contrasta significativamente con la paulatina transición de las políticas públicas implementadas en las últimas décadas en el país.

A partir del año 1998, el Estado ecuatoriano formalizó la educación sexual y la salud reproductiva como políticas estatales, transitando de un enfoque inicial puramente higienista y biológico orientado a la prevención del embarazo adolescente hacia esfuerzos de planificación familiar más amplios y accesibles basados en la perspectiva de los derechos humanos, como los articulados a través de la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (ENIPLA) [13].

A pesar de que la evolución de estas políticas en el país no ha sido lineal y ha enfrentado tensiones o retrocesos conceptuales entre visiones morales de abstinencia y marcos de derechos [13], los programas modernos han buscado democratizar el acceso gratuito a una amplia gama de métodos anticonceptivos (tanto hormonales, de barrera como definitivos de forma voluntaria).

Esto demuestra que la prevención de cualquier forma de vulneración y la garantía de la salud reproductiva en Ecuador siguen requiriendo de una institucionalidad equitativa y con un respaldo presupuestario constante.

Para ofrecer un respaldo de los escenarios analizados, el Gráfico 1 muestra de manera comparativa la magnitud de los casos y las lógicas de intervención

estatal que caracterizaron a los países estudiados en la región.

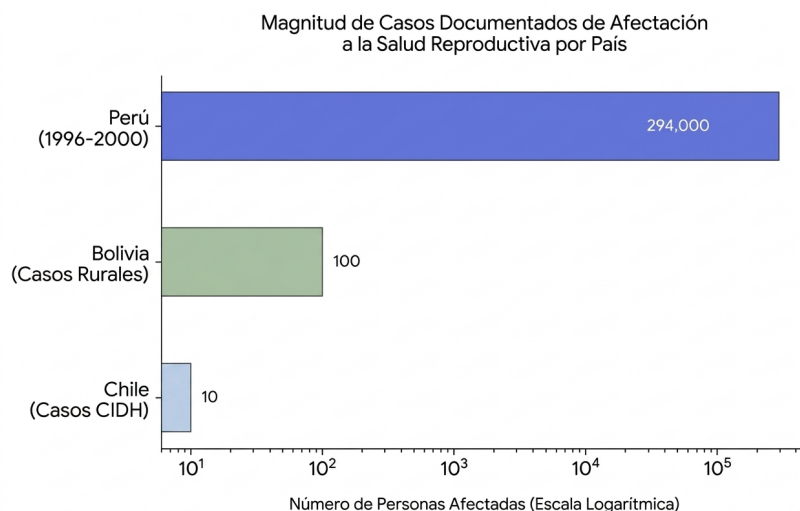


Figura 1. Casos de afectación a la salud reproductiva
Fuente: Autores

Como se puede apreciar en la Figura 1, la investigación secundaria revela una marcada diferencia cuantitativa en la ejecución de las intervenciones demográficas en la región. Mientras que en casos como los de Chile o Bolivia se identifican denuncias focalizadas o muestras de seguimiento por parte de organismos internacionales, el escenario de Perú durante el periodo 1996-2000 adquirió una escala masiva y sistemática con cientos de miles de afectados.

Esta profunda diferencia en las magnitudes numéricas evidencia cómo la violencia reproductiva se agudizó drásticamente en aquellos contextos donde el control poblacional fue aplicado de manera directa, forzada y presupuestada por el propio aparato estatal bajo la justificación del desarrollo económico.

No obstante, la comprensión integral de la región exige manifestar la frialdad de las cifras absolutas para analizar los mecanismos institucionales de exclusión. Al evaluar estas dinámicas desde una perspectiva cualitativa, la Figura 2 permite incorporar el caso de Ecuador mediante una tipología basada en el carácter de la

intervención pública. A diferencia de la fuerza física y sistemática del caso peruano, o de la selectividad clínico-institucional observada en Chile, la afectación a los derechos humanos en el contexto ecuatoriano operó históricamente a través de una violencia estructural por omisión.

Esta modalidad, sustentada en la desinformación generalizada, la ausencia histórica de educación sexual integral con enfoque de derechos y las severas barreras de acceso a una canasta diversificada de métodos anti-conceptivos, constituyó una forma de control invisible pero igualmente restrictiva para la autonomía corporal de las mujeres, especialmente de los sectores rurales e indígenas.

Así, el análisis conjunto de ambos gráficos demuestra que, ya sea por acción directa o por omisión institucional, las agendas de planificación familiar en el siglo XX e inicios del XXI instrumentalizaron los cuerpos de las poblaciones más vulnerables para responder a lógicas de poder, racismo y clasismo estructural.

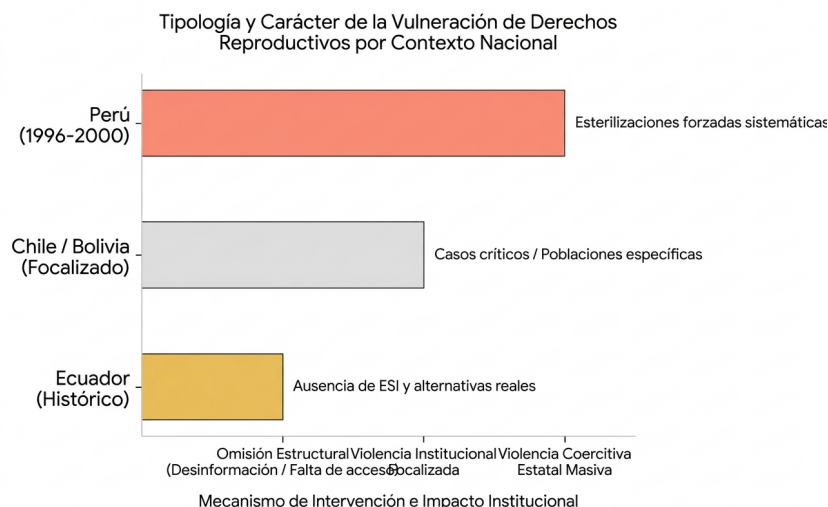


Figura 2. Elaboración propia a partir del análisis secundario de marcos normativos, políticas de salud pública e informes de derechos humanos

Fuente: [12, 13]

Conclusiones

La esterilización forzada en América Latina evidencia que la pobreza no es el resultado de decisiones individuales ni de la cantidad de hijos que puedan tener las familias, sino una problemática estructural vinculada a la desigualdad social, económica y política que ha caracterizado históricamente a nuestra región. Las políticas que buscaron reducir la natalidad de las poblaciones más vulnerables fueron desarrolladas desde una lógica simplista y discriminatoria que ignoró las verdaderas causas de la precariedad, haciendo que la responsabilidad del subdesarrollo recaiga sobre los cuerpos de las mujeres pobres, indígenas y con discapacidades. De esta manera, la pobreza en la región fue tratada no como una falla del sistema económico y social, sino como un problema puramente demográfico, lo que permitió validar intervenciones mediante controles opresivos u omisiones institucionales sobre sectores que históricamente han sido marginados.

Este panorama regional se manifiesta con ciertos matices al analizar el caso de Ecuador. Aunque en el contexto ecuatoriano la vulneración de los derechos reproductivos no derivó en una política estatal de esterilización masiva y represiva, la afectación a las poblaciones históricamente excluidas ocurrió por el camino de la omisión y la desinformación. La falta de implementación histórica, la dificultad de acceso y

la insuficiente promoción de métodos de planificación familiar constituyeron una forma de violencia estructural que limitó la autonomía de las mujeres de sectores rurales e indígenas. Si bien la transición hacia políticas contemporáneas orientadas al enfoque de derechos humanos y la diversificación de métodos anticonceptivos gratuitos representa un avance significativo, las constantes tensiones ideológicas y la inestabilidad presupuestaria demuestran que el progreso no es lineal y requiere una vigilancia constante.

En consecuencia, lejos de ofrecer soluciones reales, las prácticas de control y desatención demográfica reforzaron dinámicas de exclusión, violencia y control social, profundizando las desigualdades que se decían combatir. Al intervenir sobre la capacidad reproductiva de las mujeres, el Estado no solo vulneró sus derechos, sino que también reforzó estereotipos de género, racismo y clasismo, incrementando la idea de que ciertos grupos sociales eran más aptos para ejercer plenamente sus derechos. Estas políticas y negligencias, además de provocar daños físicos y psicológicos irreversibles, arruinaron proyectos de vida y afectaron la estructura de comunidades enteras.

Combatir la pobreza mediante la violencia reproductiva o la desatención institucional no solo resulta ineficaz, sino que es éticamente inaceptable y jurídicamente incompatible desde el punto de vista de los derechos humanos. La verdadera eliminación de la po-

breza requiere políticas públicas que estén orientadas a garantizar el acceso equitativo a la educación sexual integral, a servicios de salud de calidad, al trabajo digno y a condiciones de vida justas. Asimismo, exige que se reconozca y respete la autonomía corporal y reproductiva como parte fundamental de la dignidad humana. Solo fortaleciendo estas condiciones estructurales será posible construir una sociedad más justa e inclusiva, evitando que, bajo ningún discurso de desarrollo, se sigan justificando prácticas u omisiones que vulneren la libertad, la dignidad y la humanidad de los grupos desfavorecidos.

Agradecimientos

Agradezco a todos los escritores cuyas investigaciones ayudaron e hicieron posible la elaboración de este artículo, así como a las mujeres y comunidades que, a través de sus testimonios, permitieron visibilizar una de las violaciones más graves a los derechos humanos en América Latina. Su voz y resistencia creó una base fundamental para la reflexión y la construcción de una sociedad más justa.

De la misma forma, agradezco a quienes brindaron orientación y apoyo durante el proceso de investigación y redacción, en especial a mi familia, quienes me acompañan en cada paso de mi vida personal y académica, y a mis amigos. Este trabajo se realiza con la idea de que el conocimiento crítico y el compromiso con los derechos humanos son herramientas importantes para la memoria colectiva, la justicia y la no repetición de estos actos.

Referencia

- [1] A. Glasier and A. Gebbie, "Family planning/contraception," in *International Encyclopedia of Public Health*. Elsevier, 2008, pp. 570–580. [Online]. Available: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123739605004706>
- [2] K. Felitti, "Derechos reproductivos y políticas demográficas en américa latina," *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, no. 35, pp. 55–66, 2009. [Online]. Available: <https://www.redalyc.org/pdf/509/50911906005.pdf>
- [3] J. Castro Arcos, "Neomalthusianismo en américa latina: paradigma de seguridad hemisférica norteamericana durante la guerra fría," *Revista de Historia y Geografía*, no. 46, pp. 35–67, 2022. [Online]. Available: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9002322>
- [4] I. Ruiz Alvarado, "Las secuelas de las esterilizaciones forzadas en el gobierno de fujimori: La lucha por el reconocimiento 2011–2016," 2019. [Online]. Available: <https://kar.kent.ac.uk/80231/1/150thesis%20Las%20secuelas%20de%20las%20esterilizaciones%20forzadas%20en%20el%20gobierno%20de%20Fujimo.pdf>
- [5] UNAIDS. (2022) Unaid's welcomes chile's public apology in landmark case of involuntary sterilization of women living with hiv. [Online]. Available: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220527_chile-involuntary-sterilization-women-living-with-HIV
- [6] A. Yupanqui Concha, C. Aranda Farias, and V. A. Ferrer Pérez, "Análisis de la producción científica sobre esterilización forzada de mujeres con discapacidad (1997–2016)," *Gaceta Sanitaria*, vol. 33, no. 4, pp. 381–388, 2019. [Online]. Available: <https://www.scielo.org/pdf/gs/2019.v33n4/381-388/es>
- [7] C. Pineda Pinzón, "La esterilización forzada en el contexto latinoamericano," *ANAMNESIS Revista de Bioética*, no. 7, pp. 51–57, 2019. [Online]. Available: https://www.academia.edu/download/64761096/anamnesis_7.pdf#page=51
- [8] J. M. Tortosa, "Feminización de la pobreza y perspectiva de género," *Revista Internacional de Organizaciones*, no. 3, pp. 71–89, 2009. [Online]. Available: https://www.revista-rio.org/index.php/revista_rio/article/view/33/36
- [9] A. García-Mina and M. J. Carrasco, *Género y desigualdad: la feminización de la pobreza*, ser. Serie Género y Psicología. Universidad Pontificia Comillas de Madrid, 2004.

-
- [10] A. Villegas Poljak, “La esterilización forzada como una forma de violencia contra la mujer,” *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 14, no. 32, pp. 85–104, 2009. [Online]. Available: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010
- [11] A. C. González Vélez, “Derechos sexuales y reproductivos: una mirada desde la justicia social,” *Revista de Estudios Sociales*, no. 22, pp. 89–101, 2005. [Online]. Available: <https://www.redalyc.org/pdf/509/50911906005.pdf>
- [12] L. Rupp, “En este país no se habla con la verdad: Investigando la falta de educación sexual en el ecuador,” 2008.
- [13] D. F. Paz, “Políticas de educación en sexualidad en el período 1998–2017. sus sujetos y contextos en el caso ecuatoriano,” *Revista Latinoamericana de Políticas y Administración de la Educación*, vol. 8, pp. 26–38, 2018. [Online]. Available: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1030&context=isp_collection