

Aspectos ético-legales en la esterilización quirúrgica voluntaria

Drs. Jessica Fernandes¹, Rita Pizzi¹.

RESUMEN

La esterilización quirúrgica es un tema de elección privada e individual. Sin embargo, la obvia relación de la esterilización con la procreación, y la potencial irreversibilidad del método conlleva consideraciones éticas. Con el objetivo de evaluar los aspectos ético-legales relacionados a la esterilización quirúrgica voluntaria de mujeres venezolanas, se realizó una revisión de la literatura médica. El conocimiento de la normativa legal referente al tema, brinda un marco idóneo de atención, donde no se violen los derechos humanos-sexuales del paciente y se garantice una atención oportuna. Resulta indispensable para el galeno, el pleno conocimiento de estos preceptos legales, entendiendo finalmente que la decisión con respecto a este tema, forma parte de la autonomía de la mujer.

Palabras clave: Anticoncepción, Esterilización quirúrgica, Autonomía.

SUMMARY

Surgical sterilization is a subject of private and individual choice. However, the relationship between surgical sterilization and procreation, and the potential irreversibility of the method involve ethical considerations. With the objective to evaluate ethical and legal aspects related to voluntary surgical sterilization of Venezuelan women, a medical literature review was made. Knowledge of legal regulations concerning to this topic provides an appropriate care, without any violation of the patient-sexual human rights at the right time. It is ideal for the physician, the full knowledge of these legal precepts, understanding that the decision on this issue belongs to the autonomy of the patient.

Keywords: Contraception, Surgical sterilization, Autonomy.

INTRODUCCIÓN

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Declaración de Alma Ata, estableció que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Aunado a ello, planteó que “el disfrute del más alto nivel posible de salud” es uno de los derechos fundamentales del hombre (1).

A partir de este momento, la salud se constituyó en una entidad biopsicosocial reconocida internacionalmente y que debe ser garantizada por los Estados.

Por otro lado, la amplitud enmarcada en este concepto, conllevó a que la salud reproductiva fuese una de las

aristas contempladas. Desde esta perspectiva, todas las parejas deberían tener la posibilidad de elegir entre diversos métodos contraceptivos, según cuál cumpliera mejor sus necesidades y creencias (2). De tal modo, la anticoncepción condicionó un nuevo estilo de vida, permitiendo que la natalidad sea un hecho totalmente controlable por los miembros de la pareja.

Así, la planificación familiar, como parte del concepto de salud, es también una obligación gubernamental y conlleva beneficios sociales y personales claros (3):

- Constituye un derecho humano; además que mejora la condición de vida de la mujer, permitiéndole oportunidades educacionales y laborales.
- Contribuye a mejorar la condición de vida de la población, reduciendo los niveles de pobreza.
- El descenso de la fecundidad también amplía el margen de maniobra de los gobiernos para hacer

¹ Unidad de Endocrinología Ginecológica. Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Caracas.

frente a la demanda de servicios públicos básicos. De igual modo, reduce la presión que ejercería sobre el medio ambiente un incremento poblacional sostenido.

Pese a estos beneficios obvios, Venezuela está muy lejos de obtener un adecuado nivel de salud sexual y procreación responsable. Parte de esta premisa puede ser desglosada en las siguientes estadísticas:

- Doce por ciento de la población entre 15 a 49 años no se encuentra satisfecha con los métodos de planificación familiar disponibles (4). En general, el acceso a los servicios de planificación familiar (que incluyen el suministro de información y métodos anticonceptivos) es irregular. Para el año 2013, el Ministerio del Poder Popular para la Salud señaló que proveía de anticonceptivos a solo 23 % de las mujeres (5).
- La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años se estima en 97 %. Los embarazos en este grupo etario representan el 21 % de los nacimientos vivos registrados en el país (6). Además, ha habido un incremento en la incidencia de los partos de niñas entre 10 y 12 años de edad (7).
- La tasa de aborto provocado es cercana al 22 % (5).
- Existe una reducción importante en la disponibilidad de opciones para contracepción en el país, derivada de la crisis económico-política-social de esta década. La Federación Venezolana Farmacéutica estimó que, para el año 2015, solo había dispuesto insumos anticonceptivos para cubrir 10 % del mercado venezolano (5).
- Incremento de la tasa de fracasos de los métodos anticonceptivos, dependiente a imposibilidades de índole económica: el costo generado mensualmente por la compra de la píldora anticonceptiva, es inaccesible para la mayoría de las mujeres pobres del país.

En este marco situacional, los métodos de contracepción quirúrgica son entonces un medio óptimo para alcanzar el derecho a una planificación familiar.

Parte de las políticas encaminadas a este respecto, se veían cimentadas en las Normas de Atención Materna y Planificación Familiar de la Dirección Materno-Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que caducan en 1998, tras la aprobación de la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva. En el año 2000, se establece el Programa

Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que se continúa con el Plan Estratégico Social (2001-2007) del Ministerio del Poder Popular para la Salud, con el Plan Socialista Simón Bolívar (2007-2013) y con el Plan de la Patria (2013-2019) (8). Sin embargo, ninguno se ha traducido en acciones vigorosas y sostenidas que logren impacto en los indicadores de salud.

Esta situación obedece a una compleja constelación de causas, entre las cuales se encuentran la inversión ineficiente en servicios y las características precarias de las instituciones de salud en el país. Por tanto, el tema de métodos de contracepción quirúrgica voluntaria, dentro de una perspectiva global de los derechos de salud, y como parte del marco de responsabilidad social del Estado, constituye un tema aún pendiente en el diseño y en la implementación de políticas públicas.

Aunado a esto, pacientes con limitación de recursos económicos se encuentran paradójicamente limitados para recurrir a métodos de esterilización quirúrgica, por encontrarse con médicos en instituciones hospitalarias, reticentes con la práctica. De tal modo, se genera una pugna entre la actuación médica con la realidad social y los intereses de los adultos: personas totalmente autónomas, con derecho a decidir y elegir qué tipo de vida familiar quieren formar según los recursos con los que cuentan.

Sin embargo, siempre hay que considerar a la esterilización quirúrgica, como un recurso que implica una mejora de la situación de pobreza y una reducción del número de embarazos no deseados, aborto y mortalidad materna. El tema en cuestión es, ¿la paciente tiene una educación sexual que le permita decidir su proyecto de familia? y ¿tiene el médico o el Estado la competencia para autorizar o negar una conducta tan personal?

En función de esta situación fáctica, y a este conflicto bioético, el tema a indagar es el marco legal referido a las intervenciones quirúrgicas voluntarias cuya finalidad es limitar la capacidad reproductiva.

A través de una revisión de la literatura disponible se pretende evaluar aspectos ético-legales relacionados a la esterilización quirúrgica voluntaria de mujeres venezolanas. Para ello, se: a) Enunciará el marco legal existente en Venezuela sobre esterilización quirúrgica, b) Discutirá conflictos éticos asociados a la esterilización quirúrgica y c) Formulará soluciones al problema de

esterilización quirúrgica en Venezuela.

Marco legal de la esterilización quirúrgica femenina voluntaria

Aunque todo lo atinente a la voluntad de procreación forma parte de las decisiones íntimas de la mujer, la norma prohibitiva referida a esterilizaciones, debe ser interpretada a la luz de valores y principios legales. Por tanto, resulta prudente mencionar su marco normativo.

Hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, cualquier publicación sobre contracepción era considerada obscena y quienes la realizaban, eran llevados a juicio. Ya para 1946, la Asamblea General de la Organización de Estados Unidos, modifica esta situación y establece en su Resolución XXI, que el tamaño de cada familia debe ser de libre opción. Dos años más tarde, la Conferencia sobre Derechos Humanos (artículo 16) aprobó la incorporación de la planificación familiar como derecho humano. Sin embargo, fue en 1974, en la Conferencia Internacional de Budapest, en donde se aprobó el Plan de Acción Mundial de Población, en el que se permitió que la decisión de tener o no hijos, fuera considerada como prerrogativa personal y se acercara a los otros derechos humanos (9).

Además de los ya referidos, los derechos sexuales y reproductivos cuentan como marco conceptual y jurídico, a los siguientes documentos (8,9):

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1976.
- Convención para la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer, 1979 (artículos 11, 12, 14 y 16).
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993.
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, 1993.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belem Do Pará, 1994.
- IV Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe, 1994.
- Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo.
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995.

- Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud de América Latina, 1995-2000.
- Medidas Clave para Seguir Ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1999.
- Mujer 2000: Equidad de géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI (Beijing +5).
- 57ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, Ginebra, 2004.
- Acción de las Mujeres de Beijing (PAM), Cairo +10 (2004) y Beijing +10 (2005).
- Reunión de Ministros de Salud, Panamá 2007.
- Reunión del Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, 2012.
- Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, 2013.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos incluyen (10):

1. Derecho a la vida: protección de las mujeres cuyas vidas están en peligro debido al embarazo.
2. Derecho a la libertad y seguridad: protección a las mujeres que corren riesgo de mutilación genital, acoso sexual, embarazos forzados, esterilización o aborto impuesto.
3. Derecho a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación: acceso en igualdad de condiciones a la educación y los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva. Protección contra todas las formas de violencia causadas por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, o cualquier otro estatus.
4. Derecho a la privacidad: protección al carácter privado y confidencial de los servicios de información relativos a la atención de la salud sexual y de la reproducción. Respeto a la elección autónoma de las mujeres con respecto a la procreación.
5. Derecho a la libertad de pensamiento: en lo tocante a su vida sexual y reproductiva.
6. Derecho a la información y la educación: en materia de sexualidad y reproducción, que incluya conocimiento sobre beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fertilidad.
7. Derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar y planificar una familia.

8. Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos, y cuándo tenerlos.
9. Derecho a la atención y a la protección de la salud.
10. Derecho a los beneficios del progreso científico: acceso a la tecnología de atención a la salud reproductiva disponible, incluida la relacionada con la infertilidad, anticoncepción y aborto.
11. Derecho a la libertad de reunión y a la participación política: para que otorguen prioridad a la salud y derechos de la sexualidad y reproducción.
12. Derecho a no ser sometido a torturas y maltrato.

Entonces, la planificación familiar es ya un derecho de aceptación general, que implica obligaciones Estatales de protección y realización. En el caso del derecho a la planificación familiar, se genera un deber negativo, en el sentido de que ningún Estado puede interferir en el libre ejercicio de la regulación de la fecundidad por los particulares; más bien debe hacer posible su efectivo ejercicio, creando las condiciones legales y proveyendo las condiciones materiales que lo permitan (11).

En Venezuela, estos derechos están garantizados en varios instrumentos legales (8):

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999: donde se propugnan los derechos humanos (artículos 2, 19, 22, 23, 83), incluyendo el derecho a la pareja a decidir el número de hijos (artículo 76). Todo esto sin ninguna clase de discriminación, dando especial protección a personas en circunstancias de debilidad (artículo 21). El Estado venezolano es quien está en la obligación de desarrollar políticas gratuitas orientadas a este tema (artículo 83, 84, 85) (12).
- Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, 1998 (actualizada en 2007).
- Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993).
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007).
- Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2002).
- Ley Orgánica para la Igualdad y Equidad de Género.
- Código de Deontología Médica.

Actuación médica: dentro de todo este marco normativo, finalmente la actuación del médico debe procurar satisfacer los intereses del paciente, bajo los principios de beneficencia, no maleficencia y

autonomía. Según este último, si los valores del paciente se enfrentan directamente con los del médico, la responsabilidad fundamental del galeno consiste en respetar y facilitar una autodeterminación del paciente en la toma de decisiones. El médico debe garantizar que las mismas estén fundamentadas en una información y comprensión adecuadas, y no estén impuestas por coacciones (13). Finalmente, si al médico le resulta moralmente inaceptable la realización de la petición del paciente, pues deberá aconsejar la remisión del caso a otro tratante.

Bajo esta consideración, las decisiones de la mujer sobre procreación son ajenas al médico, quien solo debe actuar como un consejero en planificación familiar.

Acto punible: por otro lado hay que considerar que la esterilización es un acto que repercute la integridad física de la persona, y que ha de ser considerado como definitivo, ya que no se puede garantizar su reversibilidad o una reversibilidad funcional efectiva. Sin embargo, no viola los principios de beneficencia y no maleficencia, por ser decisión de la usuaria, y por garantizar su derecho humano a la planificación familiar.

Sin embargo, las esterilizaciones provocadas sin el consentimiento de la afectada, son hechos constitutivos de lesiones sancionables penalmente. La esterilización forzada, es definida como una de las formas de violencia de género contra las mujeres, según el artículo 15 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (14). Este mismo elemento jurídico, en su artículo 52, señala que quien intencionalmente realice esterilización forzada, será sancionado con pena de prisión de dos a cinco años. Además, el tribunal sentenciador remitirá copia de la decisión condenatoria definitivamente firme al colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda (14). Esta sanción es amparada por el artículo 422 del Código Penal (15). Por último, el artículo 1185 del Código Civil, establece la obligatoriedad de reparación del daño causado (16).

Sin embargo, la esterilización quirúrgica es una práctica a la que cualquier persona puede someterse de forma voluntaria; por tanto, para tornarlo un acto legal, y secundariamente impune, debe garantizarse que exista un consentimiento del afectado.

Consentimiento informado: se trata de un medio de

prueba idóneo sobre las condiciones exactas sobre las que se pactó la intervención. Además, debe contener información sobre las implicaciones de la cirugía, sus riesgos y pronósticos, y otras alternativas terapéuticas. Es un instrumento privado, otorgado por el paciente, sin requerir autorización por funcionario público. Por tanto, resultaría ideal que alguna autoridad en la institución de atención de salud, certifique las firmas de los pacientes. Para gozar de validez, debe ser efectuado previo a la intervención, y la paciente debe ser competente, lo que implica que debe comprender la información que le brinda el médico y gozar de autonomía de decisión. Es imprescindible que el profesional se asegure que la paciente comprende la información, invitándole a que haga preguntas y, fundamentalmente, tratando de hablar en un lenguaje comprensible para la usuaria (17).

Una forma de asegurar que realmente se está dando un consentimiento informado, podría instrumentarse por medio de dos entrevistas médicas: la primera de carácter informativo y, la segunda, donde solo se firmará el consentimiento. En estas consultas, se debe abordar la posibilidad de arrepentimiento, siendo enfáticos sobre la irreversibilidad de la esterilización quirúrgica como método anticonceptivo.

Este tipo de prácticas es aconsejable en pacientes con características de riesgo para compunción al procedimiento, tales como: joven, nuliparidad o pocos hijos, aquellas con todos los hijos de igual género, hijo con deterioro de su salud, matrimonio inestable, soltera o viuda, coerción marital, decisión tomada en circunstancia excepcionalmente difícil, decisión precipitada, falta de acceso a otros métodos anticonceptivos, conflictos religiosos o culturales, subsidios u otros incentivos que puedan influir en la decisión, información incompleta o incorrecta, pacientes inseguras de tener más hijos si perdiera alguno o si volviera a casarse (18).

El consentimiento informado es una práctica aconsejada por los Comités para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el de Derechos Humanos, de la Organización de Naciones Unidas (11). Además, su redacción también está contemplada en el artículo 69 del Código de Deontología Médica (19); y su omisión conlleva a sanciones, según lo establecido en el artículo 52 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (14).

Por último, se debe señalar que este consentimiento puede ser retractado hasta el instante mismo de la intervención quirúrgica (17).

Conflictos éticos asociados a la esterilización quirúrgica

Esterilización de pacientes con discapacidad: en 1971, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la declaración de los Derechos del Retrasado Mental, donde se expone que estos deben gozar de los mismos derechos que los demás seres humanos, incluida la sexualidad (20). Esto es avalado por el artículo 81 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (12). De este modo, la esterilización quirúrgica de pacientes con discapacidad mental, es una práctica desaprobada por el Comité de los Derechos del Niño de la Organización de Naciones Unidas (11).

Sin embargo, debe considerarse que el ejercicio de la maternidad es un acto mayor, cuya capacidad de aplicación puede estar limitada para personas con discapacidad mental, requiriendo del apoyo de sus padres o tutores. Por tanto, negarse a la esterilización de pacientes con discapacidad mental severa, constituiría una falla contra el deseo del tutor de la paciente, sobre la decisión de planificación familiar, y una violación del artículo 75 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, sobre la protección a la familia (12); sobre todo en situaciones particulares, donde el entorno familiar y social de estas pacientes es muy deficitario.

En Venezuela, para considerar a la esterilización quirúrgica un acto legal, debería solicitarse la interdicción del paciente (según el artículo 393 del Código Civil) (16) y, el consentimiento informado debería ser efectuado por sus representantes legales.

Participación de la pareja: en el año 1994, el Comité de Derechos Humanos al analizar el artículo 15 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer, emitió la Recomendación General 21, que señala que bajo ninguna circunstancia las mujeres deben limitar su decisión a la esterilización quirúrgica, por el esposo o pareja, ni por otro familiar. Esto, hace énfasis en la autonomía de la usuaria y recalca que se trata de una decisión de la paciente sobre su cuerpo (11). Sin embargo, por entender que se pone en juego el derecho constitucional a una familia, en los casos en que sea

posible, resultaría aconsejable anotar al cónyuge, y dejar tal aviso por sentado en la historia.

Contraindicación para esterilización quirúrgica según número de hijos o edad de la paciente: aunque son puntos a considerarse durante la consejería de la paciente, el médico no deberá utilizar arbitrariamente estos factores para denegar la esterilización a quien haya optado libremente y con conocimiento de causa por este método (8,18). En estos casos, las motivaciones del paciente deberán ser oídas y respetadas por el médico; rigiendo la autonomía de la usuaria.

En primer lugar, hay que dejar por sentado, que ni siquiera la nuliparidad es catalogada como contraindicación para la esterilización quirúrgica, según los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (21). Por otro lado, cabe señalar que según la normativa legal, adolescentes mayores de 14 años tienen el derecho de solicitar información sobre planificación familiar, (artículo 50 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente) (22). Esto es también avalado por la Convención de los Derechos del Niño y el artículo 79 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (12), donde se reconoce la autonomía progresiva del niño y adolescente, introduciendo la idea de que estos sean quienes tomen las decisiones relativas a su cuerpo y su salud.

Sin embargo, la custodia, vigilancia y orientación de la educación del menor, así como la facultad para imponerle correcciones adecuadas a su edad, desarrollo físico y mental les corresponde a los padres del menor de edad (artículos 263 y 265 del Código Civil) (16). Por tanto, la actuación médica en esterilización quirúrgica en menores de edad, no es un acto legalmente permitido.

Solo habiendo alcanzado la mayoría de edad (18 años, según el artículo 18 del Código Civil) (16), la usuaria puede responsabilizarse por las decisiones que sobre su organismo atañen, y adopta la posibilidad de contraer un consentimiento informado.

RECOMENDACIONES.

1. Al tratarse la esterilización quirúrgica de un procedimiento de carácter permanente, se requiere de un amplio proceso de asesoría previa a su realización, con autorización escrita de la usuaria.
2. Se debe contemplar en las Facultades de Medicina

y en las distintas instituciones de salud, charlas informativas sobre el marco legal concerniente a la esterilización quirúrgica, con aras de orientar en la práctica clínica, y colaborar a la resolución de dilemas bioéticos.

3. El Estado, dentro de sus políticas de responsabilidad social, debe crear programas de esterilización quirúrgica sostenibles y accesibles en el tiempo; considerando además, el menor gasto público que genera estas actuaciones, con respeto al costo en morbilidad materna y crecimiento poblacional no controlado.
4. El respeto a la autonomía de la paciente, una vez se encuentre informada plenamente sobre el tema, debe ser el principio rector de la planificación familiar.
5. Las únicas contraindicaciones formales para la esterilización quirúrgica, constituyen la imposibilidad de someter al paciente a acto operatorio y la no información del procedimiento a la paciente.

CONCLUSIONES

La esterilización quirúrgica voluntaria debe ofrecerse como una más de las tantas opciones anticonceptivas, luego de un correcto asesoramiento de todas ellas. No se entienda este documento, como una promoción universal de la contracepción permanente. La misma debe ser considerada un derecho demandable. Toda mujer es dueña de las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y el médico debe ser respetuoso de la voluntad de las mismas. Así se conserva el derecho a la salud y privacidad.

Tomando en consideración que la contracepción quirúrgica es una práctica médica legal, es suficiente y aconsejable el consentimiento informado de la propia paciente, que se encuentra en posibilidad de darlo.

Los médicos pueden encontrar situaciones, que por sus creencias religiosas o filosóficas, lo oponen con la realización de la esterilización quirúrgica. Estos están en su derecho para abstenerse de efectuarla; sin embargo, es su obligación expresar claramente cuando sus convicciones personales limitan el consejo y los

servicios. De tal modo, el paciente tiene el derecho de ser informado, para recurrir a otra instancia y obtener este servicio.

Por otro lado, hay que resaltar que el quehacer profesional genera deberes morales y jurídicos, que traen aparejadas sus correlativas sanciones, en caso de incumplimiento de la ley. Los únicos protagonistas de este acto médico son la paciente y el médico. Por tanto, una adecuada consejería de planificación familiar y un certero conocimiento del marco jurídico, son imprescindibles para el correcto ejercicio de una práctica considerada tema tabú, y que ha generado conflictos bioéticos, que atentan los derechos de la mujer.

REFERENCIAS

1. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. WHO Chron. 1978; 32 (11): 428 - 430.
2. World Health Organization. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations. 2014. [Consultado septiembre 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua=1
3. Ojeda Gabriel. Demografía y Planificación Familiar en Colombia. En: Cifuentes Rodrigo. Anticoncepción en situaciones especiales. Mejor evidencia. Colombia: Distribuna Editorial Médica; 2006: 3-30.
4. UNFPA. Annual report 2015. [Consultado julio 2016] Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_2015_Annual_Report.pdf.
5. Aguirre Ana María. Ruta para Venezuela en los próximos años. En: PLAFAM, 30 años de planificación familiar en Venezuela. [Consultado septiembre 2016] Disponible en: <http://www.riejuven.org.ve/wp-content/uploads/2016/06/30-A%C3%B1os-de-Planificaci%C3%B3n-Familiar-en-Venezuela-PLAFAM.pdf>
6. Fundación Escuela de Gerencia Social. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo. Embarazo en adolescente; 2006. [Consultado septiembre 2016] Disponible en: <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
7. Gerencia General de Estadísticas Demográficas. Ministerio del Poder Popular para la Planificación. I Boletín del Subcomité de embarazos en adolescentes. [Consultado septiembre 2016] Disponible en: http://www.ine.gov.ve/documentos/SEN/menuSEN/pdf/subcomitedemografica/Documentos2014/Boletin_de_Estadisticas_de_Embarazo_en_Adolescente_2014.pdf
8. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva; 2013. [Consultado agosto 2016] Disponible en: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Norma_Oficial_Sexualidad_Sexual_y_Reproductiva_2013.pdf
9. García Hernando. Marco jurídico de la anticoncepción en Colombia. En: Cifuentes Rodrigo. Anticoncepción en situaciones especiales. Mejor evidencia. Colombia: Distribuna Editorial Médica; 2006: 3-30.
10. IPPF. Derechos sexuales: Una declaración de IPPF. [Consultado julio 2016] Disponible en: http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_spanish.pdf
11. Centro de Derechos Reproductivos. La planificación familiar es un derecho humano; 2010. [Consultado septiembre 2016] Disponible en: <http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB-Planificacion.pdf>
12. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Decreto 7.710). Gaceta Oficial, 36.860, diciembre 30, 1999.
13. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010; 22: 121-157.
14. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta Oficial, 38.668, abril 23, 2007.
15. Código Penal. Gaceta Oficial, 5.768 (Extraordinaria), abril 13, 2015.
16. Código Civil. Gaceta Oficial, 2.990 (Extraordinaria), julio 26, 1982.
17. Uzcátegui O, Toro Merlo J. Consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008; 68 (1): 1 - 4.
18. Organización Mundial de la Salud. Esterilización femenina: Guía para la prestación de servicios. España; 1993. [Consultado septiembre 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40943/3/9243544349_es.pdf
19. Código de Deontología Médica. Aprobado en la CXXXIX Reunión Extraordinaria de la Asamblea, octubre 19, 2003.
20. Fernández López M, Moraga FN. Esterilización quirúrgica en discapacidades mentales. Rev Obstet Ginecol Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2012; 7 (3): 174 - 180.
21. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de contraceptivos, 2015. [Consultado agosto 2016] Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1
22. Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente. Gaceta Oficial, 6.185 (Extraordinario), junio 8, 2015.