

## PROCEDIMIENTOS DEL EQUIPO DE SALUD EN LA ESTERILIZACIÓN DE MUJERES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD COGNITIVA

*Llianara Chacón<sup>1</sup>, Melany Galaz<sup>2</sup>, Rocío Lara<sup>3</sup>, Midory Torres<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Nuestra intención en el presente artículo es dar a conocer las irregularidades cometidas por los y las profesionales de la salud, en cuanto a los protocolos y normas a seguir ante un procedimiento quirúrgico de esterilización. Además, se identificarán los principales prejuicios familiares que existen respecto al proceso de maternidad de mujeres en situación de discapacidad cognitiva y de qué forma estos prejuicios contribuyen a la esterilización forzosa de ellas. Esto lo haremos bajo una epistemología feminista y un diseño cualitativo. La metodología utilizada, fue a través de una revisión bibliográfica en profundidad de datos y sobre información referida a concepciones sobre maternidad y prejuicios existentes. Dada la información obtenida, consideramos que las mujeres en situación de discapacidad cognitiva viven una situación de apartheid ocupacional, debido al impacto negativo que tiene la discriminación, sesgos, prejuicios, estereotipos e inexistentes políticas públicas atingentes y referidas a la posibilidad que tienen de ser madres. Creemos que es necesaria la promoción de los ámbitos de acción en donde, como terapeutas ocupacionales, podamos colaborar y desempeñarnos para que los derechos de estas mujeres sean respetados.

Palabras claves: Apartheid Ocupacional, Esterilización forzada, Mujeres, Prejuicios, Situación de discapacidad cognitiva.

---

<sup>1</sup> Estudiante de 2do año, Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad de Chile. [Llianara24@gmail.com](mailto:Llianara24@gmail.com)

<sup>2</sup> Estudiante de 2do año, Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad de Chile [Melany28M@gmail.com](mailto:Melany28M@gmail.com)

<sup>3</sup> Estudiante de 2do año, Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad de Chile [Rocioalg96@gmail.com](mailto:Rocioalg96@gmail.com)

<sup>4</sup> Estudiante de 2do año, Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad de Chile [Midory.areli@gmail.com](mailto:Midory.areli@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El siguiente artículo lo construimos cuatro estudiantes que actualmente cursamos cuarto semestre de Terapia Ocupacional (en adelante TO) en la Universidad de Chile. Nuestras residencias permanentes se encuentran dentro de la Región Metropolitana y estamos dentro del 50% de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Nuestras edades fluctúan entre los 19 y 20 años. En conjunto, realizamos una revisión bibliográfica en profundidad acerca de cómo los profesionales de la salud transgreden los protocolos y normas para aplicar la esterilización en mujeres en situación de discapacidad y además, cómo los prejuicios de las familias contribuyen a la esterilización forzosa de estas mujeres.

Debido a que esta investigación es situada, nos basamos en las experiencias vividas en Chile desde un enfoque feminista. Asimismo, presentaremos este artículo bajo un diseño cualitativo que busque concientizar a los lectores sobre la discriminación que sufren las mujeres y dar cuenta de esta realidad.

A modo de clarificar nuestra opinión, creemos que las mujeres en Chile, así como también en Latinoamérica y en otras localidades, debido a la constante y diversa discriminación realizada hacia ellas, sufren de apartheid ocupacional. Esta discriminación se ha realizado durante gran parte de nuestra historia, tanto en ámbitos políticos, culturales y económicos (Rullmann & Schlegel, 2000), como también en el ámbito de la salud, el cual es nuestro foco en este artículo. Esta discriminación contribuye a la violación de los derechos propios del ser humano. En este artículo nos referimos a cómo los prejuicios, especialmente desde las familias, contribuyen y han contribuido a la esterilización forzosa de mujeres en situación de discapacidad cognitiva, con excusas y motivos que infringen la ley y coartan la autonomía de estas mujeres.

En primer lugar, para referirnos a la discapacidad, nos hemos basado en lo planteado por Barton (1998) en el Modelo Social de Discapacidad, el cual incorpora el plano político a la definición de discapacidad, considerando a ésta como un fenómeno determinado por el sistema capitalista, entendiéndose como el resultado del fracaso de

la sociedad al adaptarse a las necesidades de las personas en situación de discapacidad (PsD), es decir, una opresión producida por un sistema discapacitante, el cual se enfoca en la productividad de las personas, desvalorizando a quienes “producen menos”. Por esto, el modelo apunta a la autonomía de las personas que el sistema discapacita y se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, consiguiendo que tengan las mismas posibilidades de desarrollarse, equiparando oportunidades y evitando la exclusión de sus actividades y entorno social (Palacios, 2008).

Refiriéndonos a la relación con la TO, creemos que a lo largo de la historia y en la actualidad, como fue mencionado anteriormente, las mujeres en situación de discapacidad cognitiva han sufrido de apartheid ocupacional. Este concepto hace referencia a las condiciones discapacitantes que no permiten a la persona participar en forma digna y significativa de ocupaciones de la vida diaria, exigiendo la explicación de los procesos que la provocan. Estas condiciones están fuera del control de la persona, ya que no se deben solo a enfermedades o problemas de salud, sino a aspectos sociales, económicos, históricos y políticos (Kronenberg & Pollard, 2007). De este modo, el apartheid ocupacional pasa a ser una medida de control social, pues se ejerce “poder” sobre un otro, violando sus derechos y coartando su autonomía.

Por otro lado, consideramos el proceso de maternidad desde una concepción más emocional, relacionada a los sentimientos propios que cada madre atribuye a su hijo o hija, generando en ellas emociones como amor, protección, orgullo y otras (Dehays, Hinchins & Vidal, 2012). Estamos conscientes de que existen muchos prejuicios y estereotipos sobre el tema, es por esto que no pretendemos realizar una definición normalizadora de este proceso. Además se incorporan roles y cuidados como únicos de la mujer, pero la crianza de un niño o una niña es compartida, pues como dice el proverbio africano “se necesita a toda una tribu para criar a un niño”. Es por esto que nos cuestionamos el hecho de que al pensar en la maternidad de mujeres en situación de discapacidad cognitiva, sobresalen muchas representaciones sociales negativas. Cuando sumamos esto a una falta de respaldo en cuanto a servicios públicos y privados que permitan a la mujer desempeñar este rol, seguimos validando el discurso que condena a estas mujeres a no ser madres y en caso de serlo, que el cuidado de sus hijos o hijas

quede en manos de algún familiar u otra persona de confianza, en el mejor de los casos (Dehays et al. 2012). Esta situación, muchas veces promueve, la esterilización desinformada y/o forzosa de mujeres.

Con respecto a la esterilización, esta corresponde a un método anticonceptivo quirúrgico permanente, el cual consiste en una ligadura o corte de las trompas de Falopio que puede hacerse a través de minilaparotomía, que supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen, de donde se traen las trompas de Falopio a la incisión para cortarlas o bloquearlas. Otra manera de realizar esta intervención es a través de la laparoscopia, que supone la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopio le permite al médico ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen (OMS, 2011).

Como todo método anticonceptivo, la esterilización debería ser practicada voluntariamente, con un consentimiento completamente libre e informado de la persona sobre quien se realiza.

Según Tratados de Derechos Humanos Internacionales y Regionales, la esterilización forzosa ha sido descrita como una práctica coercitiva, que viola los derechos humanos, tales como el derecho a la salud, el derecho de la información, el derecho de la privacidad, el derecho de fundar una familia, el derecho a decidir acerca del número de hijos/as y el tiempo entre cada uno/a de ellos/as, el derecho a no ser discriminado y el derecho de la autodeterminación sobre su propio cuerpo (Serra, 2015).

## **PREJUICIOS DE LAS FAMILIAS**

*“No se sabe cuidar a ella, cómo va a cuidar a un hijo. Imagínese que ni Dios lo quiera le pasara eso...serían dos niños”* (Cruces, 2016 citado en Coutts, 2016).

En el transcurso de nuestra búsqueda bibliográfica, podemos darnos cuenta de que existen diversos prejuicios de parte de las familias de mujeres en situación de discapacidad cognitiva, con respecto a su maternidad, pues se les cuestiona su derecho a ser madres y la capacidad para hacerse cargo de un/a hijo/a, considerando la

esterilización como solución a este supuesto “problema”, sin considerar la opinión de ellas sobre su propio proceso de maternidad. Es importante destacar que las familias se ven influenciadas por los prejuicios existentes en nuestra sociedad y los reproducen, continuando con esta línea de vulneración y estigmatización de estas mujeres.

A continuación expondremos diversos sucesos que reflejan tanto los prejuicios de parte de los familiares, como su decisión de acudir al equipo de salud para realizar una esterilización.

Según refiere Irma Iglesia Zuazola (2016) Presidenta de la Fundación Down21-Chile para las mujeres con síndrome de Down, la presión de no quedar embarazada es extremadamente alta, es por esto que pese a no ser legal, muchas mujeres son sometidas a esterilización por parte del equipo de salud y sus padres, esto ocurre en algunas ocasiones sin su consentimiento o sin saber el motivo de la operación. Esto se puede generalizar al resto de las mujeres en situación de discapacidad cognitiva, pues la sociedad espera de ellas que no tengan hijos, es más, ni siquiera se considera que ellas vivan su sexualidad de manera libre e informada, pues se piensa que son personas asexuadas que no presentan estas necesidades. Muchas de ellas siguen siendo disuadidas de ejercer su derecho y capacidad para formar una familia y decidir sobre su maternidad, hecho que consideramos es un “acto de violencia”.

Uno de los principales prejuicios se ve reflejado en lo que los médicos refieren: las familias solicitan esta intervención (esterilización) por la preocupación de la existente posibilidad de embarazo, además, se cree y teme que el recién nacido pueda heredar la “discapacidad”. A esto se le suma el quedar expuesto a una nueva responsabilidad de la cual no se está preparado o que el hijo se convierta en una carga adicional para la familia. En este sentido, muchas veces es debido a estos motivos que el médico o profesional a cargo, accede a realizar la intervención quirúrgica sin seguir los protocolos establecidos (Coutts & Garay, 2016).

Otro argumento existente por parte de la familia y del equipo de salud para realizar la esterilización, es la posibilidad de abuso sexual hacia la mujer. Este hecho, en su gran mayoría es aceptado por el equipo de salud (Coutts et al. 2016), sin embargo, consideramos que sólo evita la posibilidad de embarazo, pues aún ligando las trompas,

existe la posibilidad de abuso sexual, por lo que los profesionales de salud estarían validando y promoviendo el prejuicio de que estas mujeres no pueden cuidar de otros. A continuación se muestra una evidencia de esto: *“Requiero la operación, por cualquier cosa que pudiera pasar, hay mucha gente mala y no me gustaría verme en eso con mi hija. Por eso necesito una esterilización quirúrgica y voy a estar tranquila...”* (Cruces, 2016 citado en Coutts, 2016).

Además del temor que se tiene al embarazo no deseado y al abuso sexual, se suman los prejuicios infundados por los profesionales de salud, quienes refuerzan la idea ya antes mencionada de que, la mujer en situación de discapacidad cognitiva es una persona vulnerable e incapaz de adquirir la responsabilidad del cuidado de otros. Un ejemplo de esto se muestra a continuación:

“La última vez que estuvo con la matrona, María Elena no estaba segura de operar a su hija, pero cuenta que ella le dijo que la esterilización era la mejor opción. “Me dijo que la Camila nunca va a poder preocuparse de un hijo como una niña normal””, asegura (Coutts et al. 2016).

Cabe destacar la gran influencia de los equipos de salud en la esterilización forzosa, pues este procedimiento no se podría llevar a cabo sólo con los prejuicios sociales y de la familia, ya que son ellos quienes toman la decisión final acerca de la intervención quirúrgica. Aquí radica la importancia de llevar a cabo prácticas basadas en la ética y no en los prejuicios y convicciones personales, pues no se sabe hasta qué punto se puede ver dañada la vida o autoestima del otro.

### **Esterilización en Chile**

En nuestro país, existe un manual de Normas de Esterilización Quirúrgica en Personas con Enfermedades Mentales. Dicho manual, establece en su norma N°71, que:

“Serán posiblemente sometidas a estos procedimientos quirúrgicos todas aquellas mujeres con discapacidad mental que estén incapacitadas para la maternidad, cuidado de los hijos e incapacidad de autorizar este tipo de

procedimientos. En este último caso, el consentimiento será firmado por un tercero” (MINSAL, 2005).

Además, la Ley 20.584, establece que “(cuando) las personas no se encuentran en condiciones de manifestar su voluntad (...) la aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, tales como esterilización con fines contraceptivos (...) deberán contar siempre con el informe favorable del comité de ética del establecimiento”.

No obstante, esta Norma y las leyes existentes en Chile sobre esta materia, no cumplen con los estándares internacionales propuestos en organizaciones, tales como la Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas, según las cuales “si el paciente con discapacidad mental no puede otorgar su consentimiento en estos casos, entonces el procedimiento no puede efectuarse” (Hernando, 2016).

Por lo anterior, se deduce que esta decisión está sujeta a la subjetividad del equipo de salud, de manera que es fundamental destacar que todo procedimiento médico y especialmente un procedimiento irreversible, debe fundamentarse en la veracidad, confidencialidad, lealtad profesional y respeto a la intimidad. En esta misma línea y desde el campo de la bioética, es fundamental acatar los 4 principios (No maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía), siendo esencial el principio de autonomía. En este sentido, dependiendo del grado de afectación de cada usuario/a, se les aportará información adecuada según su condición y se garantizará que su participación en la toma de decisiones sea la máxima posible en función de sus facultades (Varas, 2016).

En Chile, se ha elaborado un conducto regular para realizar una intervención quirúrgica de esterilización, el que comienza con una solicitud al Comité de Ética de la institución, junto con el envío de los antecedentes médicos de la mujer, un informe con la explicación de las implicancias de la intervención, un consentimiento firmado de quien solicita la esterilización y en caso que corresponda, una evaluación de la incapacidad para firmar el consentimiento y en reemplazo, este debe estar firmado por el representante legal que solicita la intervención (Coutts et al. 2016). Sin embargo, ¿hasta qué punto, el representante legal puede decidir sobre el cuerpo de una sujeta?

Respecto a esa etapa del protocolo estipulado, se han encontrado faltas e irregularidades en distintos centros de salud en Chile. Hay hospitales e instituciones que no tienen conformado su Comité de Ética y de estarlo, algunos no se encuentran en funcionamiento. Ante esto, en esos establecimientos la decisión recae en los profesionales que tienen a cargo el caso.

Además, en varios recintos se tiene data de intervenciones quirúrgicas de esterilización en menores de edad, contrario a lo que dicta la norma N° 71, la que prohíbe la esterilización en menores de edad (Coutts et al. 2016).

A continuación, se adjunta un caso que evidencia lo anterior.

“Según información de transparencia, en el hospital regional de Copiapó se esterilizó en 2014 a una menor de 17 años con síndrome velocardiofacial (ver tabla I) y en 2015 en el hospital clínico San Borja Arriarán se esterilizó a una menor de 16 años. En el hospital San José confirman que en 2013 se esterilizó a una menor de 15 años con discapacidad mental” (ver tabla II) (Coutts et al. 2016).

*Tabla I.* Esterilizaciones en Hospital Regional de Copiapó (2011-2014)

N°	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA INTERVENCION	EXISTENCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
1	F	18	Autismo Retardo Mental	06/01/11	SI
2	F	42	Retardo Mental	26/03/12	SI
3	F	37	Paridad Completa Retardo Mental Leve	28/06/13	SI
4	F	17	Síndrome velo Cardio facial Discapacidad Mental	27/06/14	SI

*Tabla II.* Esterilizaciones en Hospital San José (2012-2016)



ANO	EDAD
2012	28
2013	18
2013	22
2013	15
2013	18
2013	20
2013	22
2013	23
2013	32
2013	27
2016	22

Continuando con la explicación del protocolo a realizar, el comité de ética, tras aprobar la intervención, debe enviar los antecedentes a la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales (CONAPPREM). En algunas ocasiones ocurre que no se envían las solicitudes completas y por lo mismo estas no reciben respuesta, dejando nuevamente la toma de decisión en manos de los profesionales.

Entre 2009 y 2015, la CONAPPREM recibió 48 solicitudes de esterilización, de estas, 23 estaban fuera de la norma, ya que, 3 eran de mujeres menores de edad y 20 les faltaban antecedentes o porque eran personas que podían dar su consentimiento y no lo hicieron. 25 casos cumplían el protocolo y se recomendó la esterilización, según cifras de la Subsecretaría de Salud Pública (Coutts et al. 2016).

De parte del Ministerio de Salud: “No existe registro oficial de las intervenciones, existe el número de solicitudes llegadas desde los Comité de Ética Asistenciales Hospitalarios solicitantes” (Coutts et al. 2016). Esto refleja la poca fiscalización desde el estado con respecto a este tema.

En contraste a lo que señala la normativa que Chile tiene respecto a estos procedimientos quirúrgicos, en la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD) se establece explícitamente que no deben realizarse esterilizaciones sin el consentimiento libre e informado de las personas con “enfermedad mental”, aún aquellos casos declarados interdictos (ONU, 2008).

Se ha solicitado a Chile que modifique su cuerpo legal respecto a la esterilización en estos casos. En este contexto, las Naciones Unidas destacó: “Preocupa al Comité que (en Chile) se sigan practicando esterilizaciones sin consentimiento libre e

informado a personas con discapacidad, en su mayoría mujeres y niñas, con tan solo una solicitud de familiar o tutor” (Coutts et al. 2016).

Este año, en nuestro país finalmente se ha presentado un proyecto de Ley de Salud Mental ante la cámara de diputados, la cual busca acabar con los prejuicios, la marginación y vulneración de derechos de todas las personas que se encuentren bajo alguna situación de discapacidad cognitiva. Dentro de los objetivos de la ley, existen puntos que incluyen asegurar que estas personas puedan ser tratadas como capaces de tomar sus propias decisiones; además de prohibir tratamientos invasivos o reversibles sin su consentimiento, descartando la opción de esterilización (Red de Salud UC CHRISTUS, 2016).

## DISCUSIÓN

Consideramos alarmante el escaso e impreciso registro que tienen los hospitales sobre la esterilización de mujeres en situación de discapacidad cognitiva, pues esto genera diversas irregularidades en el proceso que se establece para aprobar la realización de la operación.

Actualmente, el Comité de Ética que debería existir en todos los hospitales, no está conformado en todos los centros de salud y en el caso de que lo esté, su funcionamiento no es activo y muchas veces las decisiones quedan en manos de algunos profesionales, sin discutir el caso en mayor profundidad con su equipo de trabajo y realizando este procedimiento en base a los prejuicios y preocupaciones de la familia y no en la ética profesional. Esto permite que existan esterilizaciones forzadas a mujeres sin su consentimiento previo, al igual que a mujeres que aún no cumplen la mayoría de edad, transgrediendo sus derechos y autonomía, restringiendo de este modo los estándares internacionales propuestos en la OMS y la ONU (Hernando, 2016).

Además, es muy preocupante que los protocolos que se debieran seguir para aprobar estos procedimientos sean tan engorrosos. Con respecto a la fiscalización, esta es deficiente en el sector público de salud y en cuanto al sector privado, no se cuenta

con ningún tipo de registro tanto en este tema, como en la cantidad de intervenciones quirúrgicas que se realizan (Coutts et al. 2016).

También es sumamente dudosa la figura del representante legal y el procedimiento que determina que una mujer no está capacitada para decidir sobre sí misma; decisiones que se toman sin indagar en las aspiraciones que cada mujer tiene, asignándoles un representante legal como si ellas por sí solas no fuesen sujetas de derechos que forman parte de una sociedad, descartándolas como ciudadanas activas, libres, con derechos y deberes, privándolas de su independencia incluso antes que ellas puedan demostrar que pueden tener control sobre sus vidas.

Como ya fue dicho, la esterilización no protege a la mujer de una violación o abuso sexual. En vez de preocuparse por un embarazo no deseado, la atención de profesionales y familiares debiera estar enfocada en procurar la integridad física y emocional de las mujeres. Si bien es muy difícil crear conciencia al respecto, creemos que una forma paliativa para prevenir abusos o violaciones radica en la importancia del rol del T.O en educar tanto a las mujeres en situación de discapacidad cognitiva como a sus familias. De este modo, se busca promover una mayor independencia de ellas, enseñándoles a quien pueden acudir cuando necesiten ayuda y reconocer factores de riesgo.

Con respecto al prejuicio de que las mujeres en situación de discapacidad cognitiva no están capacitadas para hacerse cargo de un/a hijo/a, y que no comprenden el significado del proceso de maternidad (Zuazola, 2016), este busca y consigue deshumanizar a estas mujeres, es decir, estamos privando a una sujeta de sus derechos fundamentales, pues, estamos reduciéndola a un ente sin capacidad de discernimiento y nuevamente, se le priva de una participación activa de su propia vida.

Consideramos que la concepción existente sobre esta población de mujeres, que las define como personas incapaces de cuidar de un otro (Cruces, 2016 citado en Coutts, 2016), no está dada directamente por la condición de discapacidad cognitiva, más bien, por la falta de apoyo en su desarrollo, en el autoconocimiento y en espacios oportunos para reforzar la toma de decisiones y resolución de problemas. Esto lo define Wehmeyer (1996) como el proceso autodeterminación, y refiere que cada persona es la

principal agente causal de su propia vida, respecto a la autorregulación, toma de decisiones, y elecciones que influyen en su calidad de vida. (citado en Verdugo, 2001). Por lo tanto, la estimulación y fomento temprano en la adquisición de habilidades por parte de familiares, profesionales, amigos/as y compañeros/as, sería beneficioso para lograr, en conjunto, eliminar las barreras y vulneraciones hacia estas mujeres.

En cuanto a la educación sexual, también existen falencias, ya que se tiende a infantilizar a estas mujeres, creer que son niñas, asumiendo que no tienen el derecho a experimentar este ámbito de su vida y que no comprenden las responsabilidades que implica el rol de madre. Sin embargo, nos estamos refiriendo a personas adultas con el derecho a elegir. Por consiguiente, en el supuesto caso que sean estas mujeres las que decidan que no se sienten con la capacidad de ser madre, esa percepción debe nacer desde ellas mismas, teniendo el conocimiento y comprensión de todo lo que abarca el rol de madre, y no como resultado de una presión externa.

Creemos que ser madre es una ocupación significativa para mujeres que quieren serlo. Es por esto, que afirmamos como inaceptable negar un derecho propio y privar de la participación en un rol significativo para una persona, basándose sólo en prejuicios y estereotipos, además de la infracción de normas, protocolos y leyes.

Sumado a esta privación, se responsabiliza exclusivamente a la mujer en el proceso de crianza sin considerar el rol de la pareja, la cual tiene la misma responsabilidad en la educación y los cuidados de un/a hijo/a que las mujeres mencionadas en este artículo. Paralelo a esto, creemos que es fundamental el apoyo que brinda la familia y el entorno cercano en los cuidados y el afecto que le entreguen al niño/a, en relación al compromiso en la contención y acompañamiento, ya que constituyen el círculo más próximo a este/a, influyendo de forma significativa en su desarrollo.

Finalmente, damos cuenta que bajo estas condiciones, claramente se desarrolla apartheid ocupacional, ya que se coarta la autonomía de la persona al decidir por sobre ella, sin informarlas previamente y sin darle importancia a su opinión o sus deseos, más aún en los casos que se realiza la esterilización en menores, sin dar siquiera la oportunidad de que reflexionen al respecto.

## CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, consideramos que la realidad que día a día viven las mujeres en situación de discapacidad cognitiva es altamente injusta, pues, se están transgrediendo sistemáticamente los derechos de mujeres con justificaciones basadas sólo en prejuicios, lo que creemos, es un acto de vulneración y violencia.

Entendemos como fundamental y necesario la existencia de un proceso regulatorio y fiscalizador por parte del gobierno e instituciones de salud, que cuenten con procedimientos completos a seguir, desde el registro de cada caso y sus particularidades, hasta protocolos para abordar de manera pertinente las distintas situaciones de cada mujer, según edad, condición, apoyo familiar, entre otros, procurando siempre el resguardo a toda la población de mujeres en situación de discapacidad cognitiva. De este modo, las decisiones serán basadas en la ética y no en las subjetividades propias de cada profesional a cargo, evitando las irregularidades.

Finalmente, es de suma importancia el seguimiento y apoyo por parte de un equipo multidisciplinario en el proceso de educación sexual y maternidad en las mujeres en situación de discapacidad cognitiva en conjunto con sus familias, abordando desde un comienzo las aristas de estos temas, aumentando el conocimiento y concientizando sobre cómo se pueden vivir estos procesos y que, por sobre todo, tienen derecho a vivirlos. De este modo, se evitan decisiones estereotipadas, desinformadas y con nula participación de las mujeres.

## REFERENCIAS

- Barton, L. (1998). *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: España: Ediciones Morata.
- Coutts, M., & Garay, F. (2016). Hospitales públicos esterilizan a mujeres con discapacidad mental sin cumplir la normativa. *Kilometro Cero*. Recuperado de: <https://kilometrozero.cl/hospitales-p%C3%BAblicos-esterilizan-a-mujeres-con-discapacidad-mental-sin-cumplir-la-normativa-14f8a310b841?gi=dac7749d9d5f#.175u4314u>

- Dehays, M., Hinchins, M., & Vidal, V. (2012). *Análisis del significado de ser mujer y madre para un grupo de mujeres con discapacidad intelectual en la ciudad de Punta Arenas*. Universidad de Magallanes. Punta Arenas
- Hernando, M. (2016). *Sobre protección de la salud mental* (No. 10563-11). Chile: Cámara de Diputados. Recuperado de: <https://www.camara.cl/sala/verComunicacion.aspx?comuid=17272&formato=pdf>
- Kronenberg, F. (2007). Superar el Apartheid Ocupacional: Exploración preliminar de la naturaleza política del Apartheid Ocupacional. En F. Kronenberg (Eds.), *Terapia Ocupacional sin fronteras* (pp. 58-84). Editorial Médica Panamericana.
- Ley N° 20.582 *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile. (2012).
- MINSAL. (2005). *Normas de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental*. Gobierno de Chile Ministerio de Salud. Recuperado de [http://serviciodesaludaconcagua.cl/ssa\\_img/bibliotecas/Mental/norma%20de%20Oesterilizacion%20Enf%20Mental.pdf](http://serviciodesaludaconcagua.cl/ssa_img/bibliotecas/Mental/norma%20de%20Oesterilizacion%20Enf%20Mental.pdf)
- OMS. (2011). *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1)
- ONU (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Vol. N°36). Madrid: Ediciones Cinca. Recuperado de <http://www.cermi.es/es-ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/64/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
- Rullmann, M., & Schlegel, W. (2004). Diosas: Mito feminista o hecho histórico. En *Las mujeres piensan diferente*. Editorial Sudamericana: Buenos Aires.

- Serra, L. (2016). *La esterilización forzosa y/o involuntaria en la mujer con discapacidad intelectual. Análisis desde una perspectiva de derechos humanos.* Universidad Carlos III de Madrid. Recuperado de <http://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2015/09/LA-ESTERILIZACION-FORZOSA-YO-INVOLUNTARIA-EN-LA-MUJER-CON-DISCAPACIDAD-INTELECTUAL.-ANALISIS-DESDE-UNA-PERSPECTIVA-DE-DERECHOS-HUMANOS.pdf>
- Varas, J. (2016). Adolescentes con discapacidad psíquica: Salud sexual y reproductiva. *Revista Obstetricia Y Ginecología*, 11(1), 140-143. Recuperado de: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/581>
- Verdugo, M. Á. (2001). *Autodeterminación y calidad de vida de las personas con discapacidad. Propuestas de acción.* INICO, Universidad de Salamanca. Recuperado de: <http://educaciones.cubaeduca.cu/medias/pdf/1244.pdf>
- Red de Salud UC CHRISTUS, (2016). *Ley de salud mental - Psiquiatría.* (2016). *Psiquiatría.* Recuperado de: <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/psiquiatria/Noticias/ley-de-salud-mental.act>
- Zuazola, I. (2016). *El derecho a construir una Familia.* Down 21 Chile. Recuperado de: [http://www.down21-chile.cl/df.php?\\_x=dfct\\_250&ctlg\\_iidd=ctlg\\_publ\\_deta&cont\\_iidd=151&](http://www.down21-chile.cl/df.php?_x=dfct_250&ctlg_iidd=ctlg_publ_deta&cont_iidd=151&)