

Anticoncepción permanente: cuestiones y consideraciones éticas

Esta Declaración del Comité fue desarrollada por el Comité de Ética del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en colaboración con los miembros del comité Kavita Shah Arora, MD, MBE, MS; Maryam Guiahi, MD, MSc; y Lisa H. Harris, MD, PhD.

La anticoncepción permanente es el método anticonceptivo más utilizado entre las mujeres de 15 a 49 años y es uno de los procedimientos quirúrgicos más sencillos que puede realizar un obstetra-ginecólogo. Al mismo tiempo, esta opción terapéutica resulta enormemente compleja cuando se la considera desde una perspectiva histórica, sociológica o ética. Esta Declaración del Comité revisa las cuestiones éticas relacionadas con la anticoncepción permanente utilizando un marco de justicia reproductiva. El asesoramiento ético y la toma de decisiones compartida para la anticoncepción permanente deben adoptar un enfoque centrado en el paciente y sin prejuicios, utilizando información actualizada sobre los procedimientos y alternativas de anticoncepción permanente. Los obstetras y ginecólogos deben esforzarse por evitar introducir en el encuentro clínico prejuicios en torno al género, la raza, la edad y la clase social que afecten las ideas sobre quién debería o no convertirse en padre. Los obstetras y ginecólogos también deben asegurarse de que las solicitudes de anticoncepción permanente reflejen los deseos de cada paciente, provengan del deseo de poner fin permanentemente a la maternidad y de una preferencia por la anticoncepción permanente sobre todos los métodos reversibles, así como por la anticoncepción permanente para la pareja masculina. Cuando se prevén dificultades para cumplir con una solicitud de anticoncepción permanente posparto y la paciente desea un anticonceptivo permanente, se debe ofrecer la transferencia de la atención para el resto del embarazo. ACOG reconoce el derecho de todos los pacientes al acceso sin obstáculos a la anticoncepción permanente como una forma de garantizar la equidad en salud, pero no está claro cómo diseñar políticas que protejan de la coerción pero que tampoco creen barreras a la atención deseada de forma autónoma. Determinar el equilibrio ético entre acceso y salvaguardas requerirá un enfoque interdisciplinario colaborativo que involucre a una variedad de partes interesadas con diferentes perspectivas.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Con base en los principios descritos en esta Declaración del Comité, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) formula las siguientes recomendaciones y conclusiones:

El respeto por la autonomía reproductiva de cada paciente debería ser la principal preocupación que guíe la provisión y las políticas permanentes de anticoncepción.

Antes de proporcionar anticoncepción permanente, los obstetras y ginecólogos deben realizar

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) revisa sus publicaciones periódicamente; sin embargo, es posible que sus publicaciones no reflejen la evidencia más reciente. Se incluye una fecha de reafirmación en la versión en línea de un documento para indicar cuándo se revisó por última vez. El estado actual y las actualizaciones de este documento se pueden encontrar en ACOG Clinical en acog.org/lot.

Esta información está diseñada como un recurso educativo para ayudar a los médicos a brindar atención obstétrica y ginecológica, y el uso de esta información es voluntario. Esta información no debe considerarse como que incluye todos los tratamientos o métodos de atención adecuados ni como una declaración del estándar de atención. No pretende sustituir el criterio profesional independiente del médico tratante. Se pueden justificar variaciones en la práctica cuando, a juicio razonable del médico tratante, dicho curso de acción esté indicado por la condición del paciente, las limitaciones de los recursos disponibles o los avances en el conocimiento o la tecnología.

Si bien ACOG hace todo lo posible por presentar información precisa y confiable, esta publicación se proporciona "tal cual" sin ninguna garantía de precisión, confiabilidad o de otro tipo, ya sea expresa o implícita. ACOG no garantiza ni respalda los productos o servicios de ninguna empresa, organización o persona. Ni ACOG ni sus funcionarios, directores, miembros, empleados o agentes serán responsables de ninguna pérdida, daño o reclamo con respecto a cualquier responsabilidad, incluidos daños directos, especiales, indirectos o consecuentes, incurridos en relación con esta publicación o confianza. sobre la información presentada.



toma de decisiones compartida con su paciente e incluye una discusión sobre los deseos reproductivos del paciente que coloca los deseos del paciente en el centro de la atención. El asesoramiento al paciente debe incluir información sobre alternativas reversibles y enfatizar la permanencia de estos métodos, con documentación de una discusión específica de que el procedimiento significará que la paciente no podrá concebir espontáneamente en el futuro.

Siempre que sea apropiado, la vasectomía debe discutirse durante el asesoramiento al paciente como una opción con menos riesgos y mayor eficacia que la anticoncepción femenina permanente.

El asesoramiento longitudinal es importante para minimizar el arrepentimiento del paciente. También es importante evitar el paternalismo por parte del profesional sanitario. El respeto a la autonomía reproductiva requiere no imponer umbrales basados en la edad o la paridad, o ambas, para la anticoncepción permanente.

Las prácticas anticonceptivas coercitivas o forzadas no son éticas y nunca deben implementarse.

Los obstetras y ginecólogos deben considerar sus funciones terapéuticas y fiduciarias en las recomendaciones de asesoramiento y atención y evitar acciones basadas en prejuicios individuales sobre raza, etnia, nivel socioeconómico, orientación sexual y paternidad, que pueden afectar la interpretación de las solicitudes de los pacientes e influir en la prestación de cuidado.

Cuando un paciente adulto no tiene capacidad para tomar decisiones de tratamiento y se considera la anticoncepción permanente, el médico debe interactuar con el paciente en la medida en que sea posible comprender mejor sus necesidades. El médico también debe consultar con el sustituto del paciente para adoptar un plan que promueva lo que se cree que es el mejor interés del paciente y, al mismo tiempo, preservar la autonomía reproductiva del paciente en la máxima medida posible.

Se necesitan salvaguardias y controles procesales especiales cuando los pacientes encarcelados solicitan anticonceptivos permanentes debido a la posibilidad de coerción en el entorno penitenciario que impida el consentimiento informado adecuado. Se debe tener especial cuidado para garantizar que se hayan puesto a disposición de los encarcelados métodos reversibles.

pacientes clasificadas e, idealmente, que exista documentación de una solicitud previa (antes del encarcelamiento) de anticoncepción permanente.

Si los médicos o instituciones individuales no realizan cirugía para la anticoncepción permanente debido a creencias religiosas personales o políticas institucionales, se debe informar a la paciente lo antes posible. También se debe proporcionar a la paciente una forma alternativa de anticoncepción que sea aceptable para ella o debe ser remitida a otro lugar para recibir atención. Cuando se prevén dificultades para cumplir con una solicitud de anticoncepción permanente posparto y la paciente desea dicha cirugía, se debe ofrecer la transferencia de la atención para el resto del embarazo.

Dada la importancia de la autonomía reproductiva, así como las múltiples barreras al acceso equitativo a la anticoncepción permanente, la anticoncepción permanente no debe considerarse electiva sino un procedimiento médicamente indicado y urgente.

FONDO

El respeto por la autonomía reproductiva de cada paciente debería ser la principal preocupación que guíe la provisión y las políticas permanentes de anticoncepción.

La anticoncepción permanente es el método anticonceptivo más utilizado entre las mujeres de 15 a 49 años (18,1%) y es más común que la anticoncepción permanente masculina (5,6%) (1). En comparación con la anticoncepción permanente masculina, la mayoría de los métodos anticonceptivos permanentes femeninos son ligeramente menos efectivos, más costosos y conllevan más riesgos (2). Aunque los procedimientos anticonceptivos permanentes (históricamente denominados esterilización) se encuentran entre los procedimientos quirúrgicos más sencillos que realiza un obstetra-ginecólogo (obstetra-ginecólogo), esta opción terapéutica es enormemente compleja cuando se considera desde una perspectiva histórica, sociológica o ética (3); En Estados Unidos, muchas mujeres de bajos ingresos y de grupos racial o étnicamente minoritarios fueron esterilizadas involuntariamente como parte de programas financiados por el estado y el gobierno federal (4-6). Es importante señalar que las esterilizaciones forzadas continúan ocurriendo, ya sea explícitamente (como en el sistema penal de California, como se describe a continuación, grupos contemporáneos que ofrecen incentivos para que pacientes con trastorno por uso de sustancias se sometan a esterilización, o con histerectomías realizadas a mujeres bajo la custodia de Control de Inmigración y Aduanas de los Estados Unidos en Georgia [7]) o implícitamente, dado el posible asesoramiento diferencial sobre anticoncepción basado en raza, etnia, estatus socioeconómico y



otros factores demográficos (8). Por lo tanto, un enfoque ético para la provisión de anticonceptivos permanentes debería promover el acceso de las pacientes que deseen utilizar anticonceptivos permanentes como método anticonceptivo, pero al mismo tiempo protegerlos contra usos coercitivos o injustos.

Uso del lenguaje

Esta Declaración del Comité revisa las cuestiones éticas relacionadas con la anticoncepción permanente. El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) reconoce y apoya la diversidad de género de todos los pacientes que buscan atención obstétrica y ginecológica. En las partes originales de este documento, los autores buscan utilizar un lenguaje que incluya el género o un lenguaje neutral en cuanto al género. Al describir los resultados de la investigación, este documento utiliza terminología de género informada por los investigadores. Para revisar la política de ACOG sobre lenguaje inclusivo, consulte <https://www.acog.org/clinicalinformation/policy-and-position-statements/statementsof-policy/2022/inclusive-language>. Para esta Declaración del Comité, nos centramos principalmente en la anticoncepción permanente para aquellas con potencial de embarazo (en lugar de, por ejemplo, la vasectomía). Utilizamos el término anticoncepción permanente en lugar de esterilización para reconocer la decisión activa e informada de una paciente de completar o renunciar a la maternidad.

Esta Declaración del Comité también refleja la importancia de utilizar un marco de justicia reproductiva al considerar la provisión ética de anticonceptivos permanentes. En este marco, los "derechos reproductivos" son algo más amplio que el acceso a la anticoncepción y al aborto por sí solos; eso es un *marco de justicia reproductiva*, tal como lo definieron las mujeres negras que crearon el término por primera vez, reconoce que los derechos reproductivos incluyen el derecho a tener hijos, a no tener hijos y a ser padres en condiciones seguras y humanas (9). Un marco de justicia reproductiva también reconoce necesariamente cómo el género, la raza y el estatus socioeconómico dan forma a las experiencias de atención de salud reproductiva, la prestación de atención y las políticas de salud reproductiva.

CUESTIONES ÉTICAS Y CONSIDERACIONES

Antes de proporcionar anticoncepción permanente, los obstetras y ginecólogos deben participar en una toma de decisiones compartida e incluir una discusión sobre los deseos reproductivos de la paciente que los coloque en el centro de la atención. El asesoramiento al paciente debe incluir información sobre alternativas reversibles y enfatizar la permanencia de estos métodos, con documentación de una discusión específica de que el procedimiento significará que la paciente no podrá concebir espontáneamente en el futuro.

Un enfoque ético de la anticoncepción permanente requiere que los obstetras y ginecólogos reconozcan los reclamos legítimos de un individuo de evitar el embarazo o buscarlo cuando lo desee. Con estos antecedentes, surgen cuestiones relativas al uso ético de la anticoncepción permanente en la práctica obstétrica y ginecológica contemporánea.

Se requiere provisión ética de anticoncepción permanente

Asesoramiento cuidadoso

El asesoramiento ético y la toma de decisiones compartida implican tres consideraciones amplias: 1) el contenido de la información presentada, 2) el proceso de transmisión de la información y 3) la autorreflexión por parte del obstetra-ginecólogo. El contenido debe incluir la información más actualizada sobre los procedimientos y alternativas de anticoncepción permanente (10, 11). El proceso de asesoramiento no debe ser crítico y los médicos deben reconocer a los pacientes como individuos con diferentes deseos y prioridades (12). Finalmente, los obstetras y ginecólogos deben esforzarse por evitar introducir en el encuentro clínico prejuicios en torno al género, la raza, la edad y la clase que afecten las ideas sobre quién debería o no convertirse en padre y cualquier noción preconcebida sobre el tamaño apropiado de las familias y los deseos de permanecer como padres. sin hijos.

Contenido de asesoramiento

Los obstetras y ginecólogos tienen el deber ético de garantizar que todas las pacientes comprendan los riesgos, beneficios y alternativas de la anticoncepción permanente (incluidos los beneficios no anticonceptivos, como la posible reducción del riesgo de cáncer) y que la anticoncepción permanente debe considerarse esencialmente irreversible, aunque con fallas ocasionales y riesgo de embarazo ectópico concomitante (13). Los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada deben plantearse como opciones adicionales para las pacientes que han completado la maternidad o que nunca desean quedar embarazadas (14, 15). Se deben discutir los factores de riesgo para solicitar posteriormente una cirugía de reversión, en particular la edad temprana y las dificultades matrimoniales o de relación u otros factores estresantes importantes de la vida en el momento de la solicitud.

Siempre que sea apropiado, la vasectomía debe discutirse durante el asesoramiento al paciente como una opción con menos riesgos y mayor eficacia que la anticoncepción femenina permanente.

La decisión entre los diversos métodos es, en última instancia, una cuestión de preferencia del paciente, y las prioridades y contextos de vida del paciente deberían determinar la elección de anticonceptivos. Se debe respetar el deseo claramente articulado de la paciente de prevenir permanentemente futuros embarazos. Las pacientes pueden elegir la anticoncepción permanente porque sus parejas masculinas no están dispuestas a considerar la vasectomía; La decisión de anticoncepción permanente, aunque autónoma, puede resultar de ideas sobre masculinidad u otras normas de género.



sobre quién es responsable de la planificación familiar. Aunque los obstetras pueden sentirse incómodos ante la posibilidad de perpetuar normas de género injustas al utilizar anticonceptivos femeninos permanentes en estas situaciones, hacerlo es éticamente permisible y, en última instancia, puede representar la decisión óptima para una paciente dadas sus circunstancias específicas. Los obstetras y ginecólogos también deben conocer y ser capaces de discutir las leyes o regulaciones relevantes que pueden limitar las disposiciones permanentes sobre anticoncepción, como los requisitos de edad mínima y período de espera de Medicaid. Además, los obstetras y ginecólogos deben tener en cuenta que algunas pacientes pueden tener una cobertura de seguro restringida al embarazo y el período posparto inmediato y pueden tener acceso limitado a anticonceptivos permanentes u otras opciones anticonceptivas fuera de este período (11).

Proceso de asesoramiento

El objetivo del asesoramiento permanente sobre anticoncepción (y del asesoramiento en general) es adoptar un enfoque centrado en el paciente en el que la toma de decisiones se comparte entre el paciente y su médico. Sin embargo, cuando los pacientes consideran una decisión irreversible, como la anticoncepción permanente, es posible que el médico sienta un impulso protector para ayudar al paciente a evitar arrepentimientos (16). Sin embargo, este deseo benéfico de “proteger” a un paciente de las consecuencias de una decisión permanente es una forma de paternalismo médico y debe evitarse porque anula o socava la autonomía del paciente. Por ejemplo, los médicos pueden dudar en proporcionar anticonceptivos permanentes solicitados a pacientes jóvenes ante el conocimiento de que, para la mayoría de las personas, la maduración cognitiva completa (incluida la capacidad de incorporar objetivos a largo plazo en la toma de decisiones complejas) no se alcanza hasta mediados del siglo XIX. 20 años (17). Cuando pacientes jóvenes, pacientes de color, pacientes solteros y pacientes que experimentan factores estresantes importantes solicitan anticoncepción permanente, se puede generar un impulso protector debido al conocimiento de que, en el pasado, los pacientes de estos grupos demográficos buscaron desproporcionadamente información de reversión más adelante en la vida. 18, 19).

Longitudinal asesoramiento es importante para minimizar el arrepentimiento del paciente. También es importante evitar el paternalismo por parte del profesional sanitario. El respeto a la autonomía reproductiva requiere no imponer umbrales basados en la edad o la paridad, o ambas, para la anticoncepción permanente.

Los pacientes, no sus médicos, son los máximos expertos en lo que es importante y significativo para ellos. Además, ser una persona totalmente autónoma con capacidad de decisión conlleva el riesgo de arrepentirse de tomar decisiones, y no es posible eliminar todo riesgo de arrepentimiento. Negar la anticoncepción permanente a quienes la solicitan tiene el costo de limitar la capacidad de las pacientes de expresar plenamente su autonomía reproductiva respecto de cuándo y si

quedar embarazada y ser padre. Este fenómeno ha sido denominado “dignidad del riesgo” (20). Cuando un médico o una institución restringe la capacidad de tomar decisiones, se puede reducir el riesgo de arrepentimiento; sin embargo, eliminar la autoridad para tomar decisiones es éticamente más problemático que el arrepentimiento por tomar decisiones (20). Además, cualquier paso para verificar la intención sostenida, como requerir una visita de consulta de salud mental antes de la anticoncepción permanente, sin importar cuán bien intencionada sea, sirve como una barrera adicional para la atención y debe desalentarse como práctica rutinaria. Ante la duda sobre la conveniencia de proceder con la anticoncepción permanente solicitada, se recomienda que el médico opte por respetar la autonomía de decisión y reproductiva de la paciente.

Algunos obstetras y ginecólogos se niegan a realizar procedimientos anticonceptivos permanentes debido a creencias religiosas u otros valores morales. En tales casos, el médico debe proporcionar una forma alternativa de anticoncepción que sea igualmente aceptable para la paciente o derivarla a otro profesional de la salud, como debe ser el caso siempre que una reclamación de conciencia impida la prestación de atención (21). En otros casos, un médico que generalmente realiza una cirugía para la anticoncepción permanente puede sentir que una paciente específica no es candidata para la cirugía debido a comorbilidades médicas. Esta recomendación debe discutirse de manera proactiva y, si es posible, derivarse a otro médico para obtener una segunda opinión. Cuando una derivación no es factible de inmediato en situaciones urgentes, como la anticoncepción permanente posparto, se insta a los médicos a tener en cuenta los prejuicios individuales en los patrones de práctica y las ramificaciones para la salud y la autonomía reproductiva a largo plazo de no cumplir con las solicitudes de anticoncepción posparto.

Por el contrario, coaccionar u obligar a una paciente a someterse a un método anticonceptivo permanente que no desea, o del que no está segura o desconoce, siempre es inaceptable. Ejemplos de coerción y esterilización forzada incluyen negar otros cuidados de salud para incentivar la anticoncepción permanente, amenazar con involucrar al sistema de bienestar infantil si una paciente no da su consentimiento para la anticoncepción permanente o realizar la esterilización sin el conocimiento de la paciente durante otro tratamiento quirúrgico.

Las prácticas anticonceptivas coercitivas o forzosas no son éticas y nunca deben implementarse.

A veces, factores externos pueden afectar la solicitud de una paciente de anticoncepción permanente. Por ejemplo, una paciente puede solicitar anticoncepción permanente debido a la presión de su pareja o a la falta de cobertura de seguro o de recursos para las opciones reversibles que preferiría. Una vez más, es primordial un diálogo cuidadoso, que incluya la discusión sobre opciones anticonceptivas integrales y el reconocimiento de la posible fluidez en la toma de decisiones sobre anticonceptivos a lo largo del tiempo (22). Si la única razón para proceder con la anticoncepción permanente es la presión de la pareja,



Los médicos deben trabajar diligentemente para abordar los problemas de coerción reproductiva, incluidos los posibles problemas de seguridad. Si la falta de disponibilidad del método reversible preferido del paciente lleva a una solicitud de anticoncepción permanente, los médicos deben trabajar con los pacientes para encontrar opciones reversibles de bajo costo si estos métodos son aceptables para el paciente. Además, los médicos pueden encontrarse cada vez más con pacientes que desean anticonceptivos permanentes como respuesta a las restrictivas políticas locales y estatales de salud reproductiva. Aunque los médicos individuales no pueden cambiar estos factores estructurales externos, deben “educar, empoderar y confiar en [sus] pacientes para que tomen decisiones adecuadas para ellos, teniendo en cuenta al mismo tiempo las nuevas barreras estructurales legislativas a la autonomía reproductiva”. (23)

Siempre que el asesoramiento haya seguido los principios descritos en este documento, es éticamente aceptable utilizar anticonceptivos permanentes después del parto, después de un aborto o durante otros cuidados reproductivos. Sin embargo, las solicitudes de anticoncepción permanente deben discutirse antes del procedimiento o evento principal, en un momento en que la paciente pueda decidir sin la presión del tiempo, revisar los riesgos y beneficios de la anticoncepción permanente, pensar en métodos anticonceptivos alternativos y hacer planes de contingencia en caso de complicaciones obstétricas o neonatales u otros eventos imprevistos. Por lo general, se debe evitar la anticoncepción permanente cuando la decisión de anticoncepción permanente se toma por primera vez durante el trabajo de parto u otros cuidados intensivos o cuando eventos agudos (p. ej., ruptura uterina) generan preocupación de que la futura maternidad sea desaconsejable o insegura. Aunque puede haber casos raros en los que se justifica la anticoncepción permanente, en tales situaciones los médicos generalmente deben ofrecer otros métodos anticonceptivos y volver a examinar la cuestión de la anticoncepción permanente más adelante. Por el contrario, cuando hay resultados neonatales inesperados que podrían afectar la decisión de una paciente sobre la anticoncepción permanente, se deben ofrecer alternativas, incluidos métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada. Sin embargo, incluso después de resultados tan inesperados, se puede recurrir a la toma de decisiones compartida y seguir ofreciendo y proporcionando anticonceptivos permanentes cuando sea apropiado.

Consejería y autorreflexión: género, raza, clase social, estado de capacidad y paternidad Las mujeres afroamericanas, nativas americanas y latinas tienen entre 1,2 y 2 veces más probabilidades de haber utilizado anticonceptivos permanentes que las mujeres blancas después de controlar la edad, la paridad, la situación del seguro, el estado civil, el uso de vasectomía y una serie de otras variables (23-25). Las mujeres con seguro público o sin seguro tienen aproximadamente 1,4 veces más probabilidades de haber utilizado anticonceptivos permanentes que las mujeres con seguro privado (24). Aunque estos datos pueden reflejar las preferencias de los pacientes, las razones de estas diferencias no están claras y plantean preocupaciones de que no todos los pacientes tengan igual acceso a la gama completa de métodos anticonceptivos reversibles. Pacientes que históricamente

han sido privados de sus derechos pueden tener preocupaciones sobre una cobertura de seguro inadecuada en el futuro. Además, es posible que los pacientes con bajos ingresos y los pacientes de color reciban asesoramiento sobre anticoncepción de manera diferente que los pacientes blancos o aquellos con seguro privado (8).

Los obstetras y ginecólogos deben considerar su papel en el asesoramiento y las recomendaciones de atención y evitar acciones basadas en prejuicios individuales sobre raza, etnia, nivel socioeconómico, orientación sexual y paternidad, que pueden afectar la interpretación de las solicitudes de los pacientes e influir en la prestación de atención.

Los estudios sugieren que la raza, el origen étnico y el nivel socioeconómico de los pacientes afectan las actitudes y prácticas de los médicos en torno a la anticoncepción reversible y la anticoncepción permanente, lo que genera inquietudes con respecto al asesoramiento diferencial (26, 27). Por ejemplo, entre pacientes con antecedentes médicos idénticos, la raza o etnia y el nivel socioeconómico influyeron en las recomendaciones de anticoncepción intrauterina de maneras que pueden reflejar estereotipos raciales, étnicos y de clase social (27-29).

Cuando un paciente adulto no tiene capacidad para tomar decisiones de tratamiento y se considera la anticoncepción permanente, el médico debe interactuar con el paciente en la medida en que sea posible comprender mejor sus necesidades. El médico también debe consultar con el sustituto del paciente para adoptar un plan que promueva lo que se cree que es el mejor interés del paciente y, al mismo tiempo, preservar la autonomía reproductiva del paciente en la máxima medida posible.

En el caso de la anticoncepción permanente, los riesgos de actuar según estereotipos o de ver a los pacientes únicamente en términos de su demografía son dobles. Se podría negar la anticoncepción permanente deseada porque una paciente pertenece a un grupo demográfico que busca desproporcionadamente información sobre la reversión, porque fue históricamente victimizada o porque un médico cree que debería tener hijos. Por otro lado, la esterilización no deseada podría realizarse de manera inapropiada debido a la pertenencia del paciente a una categoría para la cual la reproducción ha sido infravalorada. Esta dicotomía se complica aún más en el caso de un paciente sin capacidad de decisión. Es importante tener en cuenta que las políticas hospitalarias locales, las leyes estatales y los estatutos federales de Medicaid pueden exigir que un médico analice la anticoncepción permanente con un juez en el caso de pacientes con discapacidades cognitivas. En términos más generales, un enfoque centrado en el paciente que se centre en los deseos reproductivos de un paciente individual puede mitigar algunos de los efectos potencialmente negativos de las desigualdades en la atención médica, particularmente con respecto a la raza, la clase y la capacidad.



Anticoncepción permanente y reversión

En un análisis transversal nacional, aproximadamente el 10% de las mujeres que se habían sometido previamente a una cirugía para obtener anticoncepción permanente se sometieron posteriormente a una cirugía para revertir la anticoncepción permanente o estaban definitivamente interesadas en revertirla (19). En este estudio, la edad temprana en el momento de la esterilización se asoció significativamente con el arrepentimiento. En estudios anteriores, las mujeres de grupos racial o étnicamente minoritarios también eran más propensas que las mujeres blancas a buscar información sobre la reversión o a informar que un procedimiento anticonceptivo permanente les impedía tener los hijos deseados (23, 25). En un informe, la mitad de las mujeres de grupos racial o étnicamente minoritarios que eran jóvenes y solteras en el momento de la anticoncepción permanente solicitaron finalmente información sobre la reversión (30). Las mujeres que solicitan anticoncepción permanente junto con un embarazo reciente (incluso en el momento del parto por cesárea, parto o en el momento del aborto) pueden tener más probabilidades de sentirse insatisfechas con su decisión; sin embargo, los datos son inconsistentes (18, 31).

Los investigadores a menudo interpretan las solicitudes de información o procedimientos de reversión como evidencia de "arrepentimiento", pero pueden representar otros fenómenos, incluido el hecho de que, en el momento de la anticoncepción permanente, una paciente malinterpretó (o fue mal informada sobre) la permanencia del procedimiento, fue coaccionada, o eligieron la anticoncepción permanente bajo las limitaciones de problemas estructurales como la pobreza o la falta de acceso a métodos reversibles. De hecho, la insatisfacción con la decisión de adoptar un método anticonceptivo permanente es más probable en mujeres cuyos motivos para optar por un método anticonceptivo permanente son cuestiones distintas al deseo de no tener más hijos (p. ej., dificultades matrimoniales o de relación u otras circunstancias estresantes de la vida) (32). Esto apunta a la necesidad de que los obstetras y ginecólogos se aseguren de que las solicitudes de anticoncepción permanente reflejen los deseos de cada paciente, provengan del deseo de poner fin permanentemente a la maternidad y de una preferencia por la anticoncepción permanente sobre todos los métodos reversibles, así como por la anticoncepción permanente para la pareja masculina.

Anticoncepción permanente para pacientes encarceladas

Entre 2006 y 2010, más de 140 mujeres se sometieron a ligaduras de trompas financiadas con fondos públicos en las prisiones de California. Aunque estas mujeres firmaron formularios de consentimiento, los investigadores que analizaron estos casos posteriormente mostraron que muchos formularios de consentimiento no se completaron correctamente, se produjeron violaciones del período de espera y los procedimientos no fueron deseados (33). Las mujeres también informaron de una presión significativa por parte de los médicos de prisiones y hospitales para someterse a la esterilización (34).

La prisión es un entorno destinado a restringir la libertad; por lo tanto, garantizar un consentimiento informado adecuado y una toma de decisiones compartida es un desafío. El concepto de autonomía

La omía disminuye en un entorno en el que todas las elecciones y comportamientos son monitoreados y potencialmente castigados, a veces de manera idiosincrásica o impredecible (34). Todas las "decisiones" en prisión se toman con amenazas implícitas y explícitas de medidas disciplinarias por decisiones "incorrectas" y, por lo tanto, se toman en situaciones de restricción significativa, si no de coerción. Los investigadores que investigaron estos casos concluyeron: "La naturaleza coercitiva del ambiente carcelario socava la capacidad de una persona para dar un consentimiento significativo a la destrucción irreversible de la fertilidad" (34). Aunque las mujeres no carecen por completo de capacidad de decisión para tomar decisiones en materia de atención médica mientras están encarceladas, en el contexto de abusos históricos y contemporáneos, procedimientos irreversibles como la anticoncepción permanente no deberían realizarse de manera rutinaria allí.

Se necesitan garantías procesales y supervisión especiales cuando los pacientes encarcelados solicitan anticonceptivos permanentes debido a la posibilidad de coerción en el entorno penitenciario que impida el consentimiento informado adecuado. Se debe tener especial cuidado para garantizar que se hayan puesto a disposición de los pacientes encarcelados métodos reversibles y, idealmente, que exista documentación de la solicitud previa (antes del encarcelamiento) de anticoncepción permanente.

Al mismo tiempo, es posible que algunas pacientes encarceladas deseen genuinamente la anticoncepción permanente, que la hayan solicitado previamente y que no tengan acceso a atención médica fuera del sistema penitenciario. Una política de negar todas las solicitudes de anticoncepción permanente en prisión puede afectar el deseo auténtico de algunas pacientes de controlar su fertilidad de forma permanente.

Acceso a la anticoncepción permanente en los sistemas de salud católicos

Algunos hospitales afiliados a la religión católica y algunas aseguradoras basadas en empleadores afiliadas a organizaciones católicas y otras organizaciones religiosas pueden prohibir la anticoncepción permanente basándose en la interpretación y la adhesión a la doctrina religiosa, lo que reduce la autonomía del paciente (35–38). Las Directrices Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos de Atención Médica prohíben las "esterilizaciones directas" con la indicación principal de anticoncepción (38). Sin embargo, existe una importante diversidad de prácticas dentro de los hospitales católicos debido a la falta de interpretación o aplicación uniforme de estas directivas. En un estudio que analizó hospitales católicos en siete estados, el 48% realizó un total de 20.073 esterilizaciones directas (39).

En 2016, uno de cada seis pacientes en los Estados Unidos recibió atención en una institución afiliada a la religión católica (37, 40). A nivel nacional, el 35,3% de los condados tienen más del 20%



Cuota de mercado de los hospitales católicos, que afecta al 38,7% de las mujeres en edad reproductiva (41). Además, la mayoría de las mujeres en estos sistemas no son conscientes de las restricciones que podrían experimentar en la atención de la salud reproductiva (39, 42, 43). Algunos médicos desarrollan “soluciones alternativas” (por ejemplo, designar un quirófano en particular como entidad no religiosa), pero no siempre garantizan que un paciente individual pueda recibir la atención que solicita en un día determinado (44). En este momento, según una encuesta reciente de hospitales universitarios afiliados a religiones, el acceso a la anticoncepción permanente no parece ser un problema en otros sistemas de atención de salud afiliados a religiones (37).

Históricamente, algunas soluciones incluían ofrecer histerectomía por una indicación que no entrara en conflicto con la doctrina religiosa, aunque la verdadera motivación subyacente para la cirugía era la anticoncepción permanente (44). Hay informes anecdóticos de que se ofreció el parto por cesárea electiva por razones similares: la cirugía anticonceptiva permanente se podía realizar subrepticamente durante el parto por cesárea, y algunos hospitales religiosos afiliados tenían políticas formales o informales de permitir la anticoncepción permanente después de múltiples partos por cesárea anteriores. Los riesgos para las pacientes de histerectomía y parto por cesárea son mayores que los de los procedimientos anticonceptivos permanentes solos o los del parto vaginal con anticoncepción permanente posparto. Por lo tanto, las pacientes deben estar bien informadas sobre estos riesgos comparativos y, en la medida de lo posible, deben eliminarse las barreras para recibir la anticoncepción permanente deseada.

Si los médicos o instituciones individuales no ofrecen cirugía para la anticoncepción permanente debido a creencias religiosas personales o políticas institucionales, se debe informar a los pacientes lo antes posible y se les debe proporcionar una forma alternativa de anticoncepción que sea aceptable para el paciente o ser remitidos a otro lugar para cuidado. Cuando se prevén dificultades para cumplir con una solicitud de anticoncepción permanente posparto y la paciente desea dicha cirugía, se debe ofrecer la transferencia de la atención durante el resto del embarazo (21).

Además, las instituciones que prohíben tales métodos deben ser transparentes en cuanto a las restricciones a la atención, incluso cuando los pacientes llaman para programar citas (45, 46). Cuando se prevén dificultades para cumplir con una solicitud de anticoncepción permanente posparto y la paciente desea un anticonceptivo permanente, se debe ofrecer la transferencia de la atención para el resto del embarazo. Por ejemplo, si no se puede proporcionar o no se puede garantizar la anticoncepción permanente posparto o la anticoncepción permanente en el momento del parto por cesárea debido a opciones alternativas inestables o impredecibles, se debe informar a las pacientes. A las pacientes que priorizan la anticoncepción permanente posparto se les debe ofrecer transferencia de atención.

Un enfoque ético para la atención y la política de anticoncepción permanente

ACOG reconoce el derecho de todos los pacientes al acceso irrestricto a la anticoncepción permanente como una forma de garantizar la equidad en salud.

Dada la importancia de la autonomía reproductiva, así como las múltiples barreras al acceso equitativo a la anticoncepción permanente, la anticoncepción permanente no debe considerarse electiva sino un procedimiento médicamente indicado y urgente.

La naturaleza urgente de la anticoncepción permanente es especialmente importante después del parto. La actual política de esterilización de Medicaid es una barrera para la provisión equitativa de anticonceptivos permanentes (16, 26, 47–53). Al mismo tiempo, el ACOG reconoce que no todos los pacientes tienen las mismas oportunidades para cumplir sus deseos reproductivos y probablemente corren de manera diferente el riesgo de sufrir prácticas de esterilización coercitivas (54). De hecho, se documentaron esterilizaciones coercitivas o involuntarias en prisiones de California durante el mismo período en el que hubo llamados a flexibilizar las restricciones sobre las cirugías anticonceptivas permanentes financiadas por Medicaid (34). No está claro cómo diseñar políticas que protejan de la coerción pero que tampoco creen barreras a la atención deseada de forma autónoma; La tensión entre el acceso liberal y las salvaguardias protectoras es difícil de navegar y operacionalizar éticamente.

Determinar el equilibrio ético entre acceso y salvaguardas requerirá un enfoque colaborativo e interdisciplinario que involucre a partes interesadas con diferentes perspectivas. Un grupo de este tipo podría incluir obstetras y ginecólogos y otros profesionales de la salud de la mujer, expertos en bioética, expertos en políticas de salud, historiadores, científicos sociales de la reproducción y el género, funcionarios estatales y federales de Medicaid, defensores de la justicia reproductiva, representantes de grupos de defensa de pacientes de color, así como así como pacientes con una variedad de experiencias en torno a la anticoncepción permanente y la esterilización. Ejemplos de estos últimos incluyen pacientes que recibieron con éxito anticonceptivos permanentes, pacientes a quienes no se les cumplieron solicitudes de anticonceptivos permanentes, pacientes que se sometieron a esterilización no consensual y pacientes que se sometieron a anticonceptivos permanentes consensuados pero se arrepienten de su decisión.

CONCLUSIÓN

Esta Declaración del Comité describe un enfoque para proporcionar anticoncepción permanente dentro de un marco de justicia reproductiva que reconoce que todas las pacientes tienen derecho a buscar y prevenir un embarazo. En este marco, el respeto por la autonomía reproductiva de cada paciente debería ser la principal preocupación que oriente la provisión y la política permanente de anticoncepción. Coercitivo o forzoso



Las prácticas de esterilización no son éticas y nunca deben implementarse. La atención ética de la anticoncepción permanente requiere el acceso a la anticoncepción permanente para las pacientes que la soliciten. Al mismo tiempo, requiere protección contra prácticas injustas o coercitivas, particularmente para pacientes con bajos ingresos, pacientes encarcelados y pacientes cuya fertilidad y paternidad han sido históricamente devaluadas o estereotipadas como problemáticas o necesitadas de control o vigilancia. El Colegio reconoce que existe tensión en estas necesidades duales. Negociar los matices éticos de esta tensión requerirá el cuidado y la atención de múltiples partes interesadas que trabajen en colaboración para definir prácticas y políticas de atención que satisfagan las necesidades de todos los pacientes de la manera más completa posible.

REFERENCIAS

- Daniels K, Abma JC. Estado actual de anticoncepción entre mujeres de 15 a 49 años: Estados Unidos, 2017-2019. Resumen de datos del NCHS 2020:1-8.
- Bartz D, Greenberg JA. Esterilización en los Estados Unidos. *Rev Obstet Gynecol* 2008;1:23-32.
- Jensen JT. Anticoncepción permanente: los enfoques modernos justifican un nuevo nombre. *Anticoncepción* 2014;89:493-4. doi: 10.1016/j.anticoncepción.2014.01.007
- Lombardo PA. Tres generaciones, ningún imbécil: la eugenesia, la Corte Suprema y Buck v. Bell. *Prensa de la Universidad Johns Hopkins*; 2022.
- Harris LH, Wolfe T. Reproducción estratificada, atención de planificación familiar y el doble filo de la historia. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2014;26:539-44. doi: 10.1097/GCO.0000000000000121
- Block-Abraham D, Arora KS, Tate D, Gee RE. Formularios de consentimiento de Medicaid para la esterilización: consideraciones históricas, prácticas, éticas y de promoción. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:409-17. doi: 10.1097/GRF.0000000000000110
- Ghandakly EC, Fabi R. Esterilización en la detención del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE): fallas éticas e injusticia sistémica. *Am J Public Health* 2021;111:832-4. doi: 10.2105/AJPH.2021.306186. PMID: 33826372; PMCID: PMC8034024
- Kathawa CA, Arora KS. Sesgo implícito en el asesoramiento sobre anticoncepción permanente: contexto histórico y recomendaciones para el asesoramiento. *Equidad en salud* 2020;4:326-9. doi: 10.1089/eq.2020.0025
- CanCIÓN hermana. Declaración sobre la visión de nuevos futuros para la justicia reproductiva 2023. Consultado el 21 de agosto de 2023. <https://www.sistersong.net/visionsingnewfuturesforj>
- Anticoncepción reversible de larga duración: implantes y dispositivos intrauterinos. Boletín de práctica n.º 186. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Obstet Gynecol* 2017;130:e251-69. doi: 10.1097/AOG.0000000000002400
- Beneficios y riesgos de la esterilización. Boletín de práctica ACOG No. 208. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Obstet Gynecol* 2019;133:e194-207. doi: 10.1097/AOG.0000000000003111
- Asesoramiento anticonceptivo centrado en el paciente. Declaración del Comité ACOG No. 1. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Obstet Gynecol* 2022;139:350-3. doi: 10.1097/AOG.0000000000004659
- Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. El riesgo de embarazo después de la esterilización tubárica: hallazgos de la Revisión colaborativa de esterilización de EE. UU. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1161-8. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70658-0
- Ganador B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Eficacia de la anticoncepción reversible de acción prolongada. *N Engl J Med* 2012;366:1998-2007. doi: 10.1056/NEJMoa1110855
- Trussell J. Fallo anticonceptivo en los Estados Unidos. *Anticoncepción* 2011;83:397-404. doi: 10.1016/j.contracepción.2011.01.021
- Arora KS, Ponsaran R, Morello L, Katabi L, Behmer Hansen RT, Zite N, et al. Actitudes y creencias de obstetras-ginecólogos con respecto a la esterilización posparto de Medicaid: un estudio cualitativo. *Anticoncepción* 2020;102:376-82. doi: 10.1016/j.contracepción.2020.08.009
- Arnett JJ. Adultez emergente. Una teoría del desarrollo desde finales de la adolescencia hasta los años veinte. *Soy Psychol* 2000; 55:469- 80. doi: 10.1037/0003-066x.55.5.469
- Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Arrepentimiento posterior a la esterilización: hallazgos de la revisión colaborativa de la esterilización en los Estados Unidos. *Obstet Gynecol* 1999;93:889-95. doi: 10.1016/s0029-7844(98)00539-0
- Danvers AA, Evans TA. Riesgo de arrepentimiento por esterilización y edad: un análisis de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar, 2015-2019. *Obstet Gynecol* 2022;139:433-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000004692
- Watson K. Una parte de mi mente. Replantear el arrepentimiento. *JAMA* 2014; 311:27-9. doi: 10.1001/jama.2013.283739
- Los límites del rechazo de conciencia en medicina reproductiva. Opinión del Comité ACOG No. 385. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Obstet Gynecol* 2007;110: 1203-8. doi: 10.1097/01.AOG.0000291561.48203.27
- Thornton M, Arora KS. Justicia reproductiva en los Estados Unidos posteriores a Roe: impacto del acceso restringido al aborto en pacientes que buscan anticoncepción permanente. *Anticoncepción* 2023;121:109995. doi: 10.1016/j.contracepción.2023.109995
- Shreffler KM, McQuillan J, Greil AL, Johnson DR. Esterilización quirúrgica, arrepentimiento y raza: patrones contemporáneos. *Soc Sci Res* 2015;50:31-45. doi: 10.1016/j.ssrresearch.2014.10.010
- Borrero S, Schwarz EB, Reeves MF, Bost JE, Creinin MD, Ibrahim SA. Raza, situación del seguro y esterilización tubárica. *Obstet Gynecol* 2007;109:94-100. doi: 10.1097/01.AOG.0000249604.78234.d3
- Borrero S, Abebe K, Dehlendorf C, Schwarz EB, Creinin MD, Nikolajski C, et al. Variación racial en las tasas de esterilización tubárica: papel de los factores a nivel del paciente. *Fertil estéril* 2011;95:17-22. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.05.031
- Arora KS, Wilkinson B, Verbus E, Montague M, Morris J, Ascha Metal. Medicaid y cumplimiento de la esterilización posparto deseada. *Anticoncepción* 2018;97:559-64. doi: 10.1016/j.contracepción.2018.02.012
- Montague M, Ascha M, Wilkinson B, Verbus E, Morris J, Mercer BM, et al. Papel de la anticoncepción puente en las tasas de cumplimiento de la esterilización y la anticoncepción reversible de acción prolongada posparto. *Obstet Gynecol* 2018;132:583-90. doi: 10.1097/AOG.0000000000002803
- Dehlendorf C, Ruskin R, Grumbach K, Vittinghoff E, Bibbins-Domingo K, Schilling D, et al. Recomendaciones para la anticoncepción intrauterina: un ensayo aleatorio de los efectos de la raza/etnia y el nivel socioeconómico de los pacientes. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:319.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.009
- Harris LH. Perspectivas interdisciplinarias sobre raza, etnia y clase en las recomendaciones para la anticoncepción intrauterina. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:293-5. doi: 10.1016/j.ajog.2010.04.051
- Schmidt JE, Hillis SD, Marchbanks PA, Jeng G, Peterson HB. Solicitar información y obtener la reversión después de la esterilización tubárica: hallazgos de la Revisión colaborativa de esterilización de EE. UU. *Fertil Steril* 2000;74:892-8. doi: 10.1016/s0015-0282(00)01558-2



31. Grubb GS, Peterson HB, Layde PM, Rubin GL. Arrepentimiento tras decisión de realizarse una esterilización tubárica. *Fertil Steril* 1985;44:248-53. doi: 10.1016/s0015-0282(16)48746-7
32. Ballou J, Bryson J. El hacer y deshacer de la esterilización quirúrgica: un perfil psicosocial del paciente con reimplantación de trompas. *Psiquiatría* 1983;46:161-71. doi: 10.1080/00332747.1983.11024188
33. Auditor del Estado de California. Esterilización de reclusas. Consultado el 18 de agosto de 2023. <https://www.auditor.ca.gov/pdfs/reports/2013-120.pdf>
34. Roth R, Ainsworth SL. "Si te entregan un papel, lo firmas": un llamado a terminar con la esterilización de mujeres en prisión. *Hastings Mujeres LJ* 2015;26:7-50.
35. Guiahi M. Atención sanitaria católica y salud de la mujer. *Obstet Gynecol* 2018;131:534-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000002477
36. Thorne NB, Soderborg TK, Glover JJ, Hoeffcker L, Guiahi M. Atención de salud reproductiva en instalaciones católicas: una revisión del alcance. *Obstet Gynecol* 2019;133:105-15. doi: 10.1097/AOG.0000000000003029
37. Guiahi M, Teal S, Kenton K, DeCesare J, Steinauer J. Capacitación en planificación familiar en hospitales católicos y otros hospitales religiosos: una encuesta nacional. *Am J Obstet Gynecol* 2020;222:273.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2019.09.012
38. Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos. Directrices éticas y religiosas para los servicios católicos de atención médica. 6ª edición. Consultado el 21 de agosto de 2023. https://www.usccb.org/resources/ethical-religious-directives-catholic-health-services-sixth-edition-2016-06_3.pdf
39. Hapenny S. Prácticas divergentes entre los hospitales católicos en la prestación de esterilización directa. *Linacre Q* 2013;80:32-8. doi: 10.1179/0024363912Z.0000000003
40. Uttley L, Khaikin C. Crecimiento de los hospitales y sistemas de salud católicos: actualización de 2016 del informe sobre el aborto espontáneo de medicamentos. Consultado el 22 de agosto de 2023. http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/816571/27061007/1465224862580/MW_Update-2016-MiscarrOfMedicine-report.pdf
41. Drake C, Jarlenski M, Zhang Y, Polsky D. Cuota de mercado de los hospitales católicos de EE. UU. y acceso a la red geográfica asociada a los servicios de salud reproductiva. *JAMA Netw Open* 2020;3:e1920053. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.20053
42. Guiahi M, Sheeder J, Teal S. ¿Están las mujeres conscientes de las restricciones religiosas sobre la salud reproductiva en los hospitales católicos? Una encuesta sobre las expectativas y preferencias de las mujeres en materia de atención de planificación familiar. *Anticoncepción* 2014;90:429-34. doi: 10.1016/j.anticoncepción.2014.06.035
43. Stulberg DB, Guiahi M, Hebert LE, Freedman LR. Expectativas de las mujeres de recibir atención de salud reproductiva en hospitales católicos y no católicos. *Perspectiva Sex Reprod Health* 2019; 51:135-42. doi: 10.1363/psrh.12118
44. Stulberg DB, Hoffman Y, Dahlquist IH, Freedman LR. Ligadura de trompas en hospitales católicos: un estudio cualitativo de las experiencias de los obstetras y ginecólogos. *Anticoncepción* 2014;90:422-8. doi: 10.1016/j.contracepción.2014.04.015
45. Guiahi M, Teal SB, Swartz M, Huynh S, Schiller G, Sheeder J. ¿Qué se les dice a las mujeres cuando solicitan servicios de planificación familiar en clínicas asociadas a hospitales católicos? Un estudio de llamadas misteriosas. *Perspectiva Sex Reprod Health* 2017;49:207-12. doi: 10.1363/psrh.12040
46. Takahashi J, Cher A, Sheeder J, Teal S, Guiahi M. Divulgación de identidad religiosa y prácticas de atención médica en sitios web de hospitales católicos. *JAMA* 2019;321:1103-4. doi: 10.1001/jama.2019.0133
47. Acceso a la esterilización posparto. Opinión del Comité ACOG No. 827. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Obstet Gynecol* 2021;137:e169-76. doi: 10.1097/AOG.0000000000004381
48. Gilliam M, Davis SD, Berlín A, Zite NB. Un estudio cualitativo de las barreras a la esterilización posparto y las actitudes de las mujeres hacia las solicitudes de esterilización no cumplidas. *Anticoncepción* 2008; 77:44-9. doi: 10.1016/j.contracepción.2007.09.011
49. Zite N, Wuellner S, Gilliam M. Barreras para obtener la esterilización tubárica posparto deseada. *Anticoncepción* 2006;73:404-7. doi: 10.1016/j.contracepción.2005.10.014
50. Arora KS, Chua A, Miller E, Boozer M, Serna T, Bullington BW, et al. Medicaid y cumplimiento de solicitudes de anticoncepción permanente posparto. *Obstet Gynecol* 2023;141:918-25. doi: 10.1097/AOG.0000000000005130
51. Zite NB, Philipson SJ, Wallace LS. Sección de consentimiento a la esterilización del formulario Medicaid-Título XIX: ¿es comprensible? *Anticoncepción* 2007;75:256-60. doi: 10.1016/j.contracepción.2006.12.015
52. Borrero S, Zite N, Potter JE, Trussell J. Política de Medicaid sobre esterilización: ¿anacrónica o aún relevante? *N Engl J Med* 2014;370:102-4. doi: 10.1056/NEJMp1313325
53. Brown BP, Chor J. Agregar daño a daño: implicaciones éticas de las regulaciones de consentimiento de esterilización de Medicaid. *Obstet Gynecol* 2014;123:1348-51. doi: 10.1097/AOG.0000000000000265
54. Reid D. Defensores de la justicia reproductiva: no revertir las reglas de consentimiento de esterilización. Consultado el 21 de agosto de 2023. <https://rewirenewsgroup.com/2014/04/02/reproductive-justice-advocatesdont-roll-back-sterilization-consent-rules/>

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERES

Todos los miembros y autores del comité ACOG han presentado una declaración de divulgación de conflicto de intereses relacionada con este producto publicado. Cualquier conflicto potencial se ha considerado y gestionado de acuerdo con la Política de divulgación de conflictos de intereses de ACOG. Las políticas de ACOG se pueden encontrar en acog.org. Para los productos desarrollados conjuntamente con otras organizaciones, las divulgaciones de conflictos de intereses por parte de representantes de las otras organizaciones son abordadas por esas organizaciones. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos no ha solicitado ni aceptado ninguna participación comercial en el desarrollo del contenido de este producto publicado.

Dr. Guiahi: Los hallazgos y conclusiones de este artículo son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de Planned Parenthood Federation of America, Inc. Dr. Arora: Financiamiento de los NIH con respecto a las disparidades en la anticoncepción permanente posparto.

Publicado en línea el 18 de enero de 2024.

Copyright 2024 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación, publicarse en Internet ni transmitirse, de ninguna forma ni por ningún medio, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabación o de otro tipo, sin el permiso previo por escrito del editor.

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos 409 12th Street SW, Washington, DC 20024-2188

Anticoncepción permanente: cuestiones y consideraciones éticas. Declaración del Comité No. 8. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Obstet Gynecol* 2024;143:e31-9.

