

**CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN POR PARES**

**¿Cómo debería responder un médico al descubrir que su paciente ha sido sometido a una esterilización forzada?**

Rebecca Kluchin, doctora en Filosofía

**Resumen**

La esterilización forzada tiene una larga historia en los Estados Unidos. Debido a que requiere pericia quirúrgica, los médicos han sido los únicos profesionales que han participado en esta práctica, aunque no han sido los únicos expertos o estadounidenses en tener perspectivas eugenésicas y neoeugenésicas. Sin embargo, los médicos también han sido delatores que han expuesto el abuso de la esterilización y han liderado iniciativas para ponerle fin. El comentario de este caso sugiere que los médicos deberían responder de esa manera.

*Para obtener un AMA PRA Category 1 Credit™ por la actividad de EMC relacionada con este artículo, usted deberá: (1) leer este artículo completo, (2) responder al menos el 80 por ciento de las respuestas del cuestionario de manera correcta y (3) completar una evaluación. El cuestionario, la evaluación y el formulario para obtener un AMA PRA Category 1 Credit™ están disponibles en el [AMA Ed Hub™](#).*

**Caso**

En su consulta obstétrica ambulatoria, la Dra. P recibió a MT. MT había visitado a la Dra. P por primera vez cuando tenía 24 años. En ese tiempo, había tenido 5 hijos, y sus periodos y niveles hormonales eran normales. Ahora, con 34 años y habiendo salido recientemente de prisión, MT le explica que había dado a luz a su último hijo por cesárea a los 30 años, mientras cumplía su condena. Desea volver a quedar embarazada, pero después de 10 meses no ha podido hacerlo, por lo que ahora busca la ayuda de la Dra. P.

Los resultados de los exámenes físicos y de laboratorio más recientes de MT fueron normales, por lo que la Dra. P pensó que su imposibilidad de concebir en los últimos 10 meses podía deberse a que su nuevo esposo fuera infértil. Las pruebas revelaron, no obstante, que la movilidad y cantidad de sus espermios eran normales. La Dra. P ordenó una histerosalpingografía, una radiografía fluoroscópica del útero y las trompas de Falopio, para ver si MT había desarrollado una obstrucción, tal vez por una cicatriz formada después de una infección por clamidia para la que recibió tratamiento con éxito cuando era adolescente. La Dra. P se sorprende al ver que la histerosalpingografía revela que MT ha sido sometida a una ligadura de trompas, y no tiene una buena razón para creer que MT lo sabía. Cuando la Dra. P le comunica que había sido sometida a



una ligadura de trompas, MT se sienta en silencio por un momento y luego empieza a llorar. “Me hicieron firmar algo justo antes del parto por cesárea. Me anestesiaron. Ahí fue cuando lo hicieron. ¿Qué podemos hacer ahora?”

### Comentario

La historia de MT no es nueva. Decenas de miles de estadounidenses han sido **esterilizados involuntariamente** desde la llegada del siglo XX.<sup>1</sup> La experiencia de MT representa la iteración más reciente de esta práctica, la esterilización forzada de mujeres en prisión, pero no es la única. En sus inicios, la esterilización en los Estados Unidos obedecía a las ideas de la eugenesia: la llamada “ciencia del mejoramiento racial”. Científicos y médicos clínicos dedicados a este campo de estudio y muchos legisladores recurrieron a la investigación eugenésica para llamar a ponerle fin a la inmigración en las décadas de 1910 y 1920.<sup>2,3</sup> Los eugenistas ofrecían la segregación y esterilización como soluciones para el llamado “problema de los no aptos” y las “enfermedades sociales” que supuestamente encarnaban y reproducían.<sup>2,3</sup> Sin embargo, los médicos también han sido los delatores que expusieron el abuso de la esterilización y lideraron iniciativas para ponerle término.

### Historia de la esterilización coercitiva

En 1927, la Corte Suprema de los EE. UU. ratificó la ley de esterilización eugenésica de Virginia en el emblemático caso de *Buck contra Bell*, en que el juez Oliver Wendell Holmes Jr. hizo su famosa declaración: “Tres generaciones de imbéciles son suficientes”.<sup>4</sup> Para 1942, 30 estados habían adoptado estatutos eugenésicos similares<sup>2</sup> y los índices de esterilización se dispararon. Antes del caso *Buck*, se realizaban varios cientos de esterilizaciones anuales y 3233 personas habían sido esterilizadas por motivos eugenésicos.<sup>2</sup> Después del caso *Buck*, se esterilizaba de forma eugenésica a entre 2000 y 3000 estadounidenses cada año.<sup>2</sup> Para 1941, al menos 38 087 ciudadanos habían sido sometidos a este tipo de esterilización.<sup>2</sup> No obstante, como aclara el historiador Paul Lombardo, no se conoce la verdadera cantidad de esterilizaciones eugenésicas realizadas en los Estados Unidos, dado que no todas se registraron o contaron de manera oficial.<sup>1</sup> La mayoría de las esterilizaciones se realizaban en mujeres, dado que ellas daban a luz y porque, antes del caso *Buck*, los hombres que habían sido esterilizados en prisión (para volverlos más dóciles) acusaron con éxito que sus vasectomías constituían un castigo cruel e inusual.<sup>2,5,6</sup>

Los eugenistas estadounidenses, incluidos profesionales de la salud, se posicionaron a la vanguardia de la eugenesia internacional. A nivel mundial, participaban en conferencias, publicaban artículos, recibían títulos honoríficos y mantenían correspondencia con eugenistas de otros países, especialmente de Alemania.<sup>7</sup> Los legisladores nazis basaron sus leyes y programas eugenésicos en la legislación estadounidense y buscaron el apoyo de importantes eugenistas de ese país de la década de 1930 durante los primeros años de la Segunda Guerra Mundial.<sup>7</sup> De hecho, los legisladores nazis mantuvieron la política estadounidense de inmigración con información eugenésica como modelo de preservación racial.<sup>7</sup> Las leyes inmigratorias estadounidenses de 1921 y 1924 restringieron el ingreso de personas con enfermedades hereditarias y de aquellas provenientes del sur de Europa, África y Asia. Los nazis escudriñaron las investigaciones eugenésicas estadounidenses, como los estudios sobre las conocidas familias Juke y Kallikak, que pretendían demostrar la herencia de los llamados “rasgos degenerados”. Los científicos y legisladores nazis utilizaron estos estudios para apoyar las versiones previas a la Solución Final.<sup>7</sup>

La admiración mutua entre los eugenistas alemanes y estadounidenses llevó a estos últimos a recurrir a la propaganda nazi para difundir ideas de un supuesto mejoramiento racial.<sup>7</sup> Los eugenistas estadounidenses aplaudían las leyes de esterilización alemanas y “eran los mayores aliados extranjeros de las políticas raciales nazis”.<sup>7</sup> California promulgó más leyes de esterilización y esterilizó a más personas que cualquier otro estado de los EE. UU.,<sup>7</sup> y sus eugenistas expresaban con entusiasmo su apoyo a dichas leyes en Alemania.<sup>3,7</sup> Paul Popenoe y Eugene S. Gosney, presidente de la Fundación para el Mejoramiento Humano; la principal organización eugenésica de California, resultaron ser especialmente influyentes. Ambos mantuvieron correspondencia con eugenistas alemanes y apoyaron las políticas nazis durante años.<sup>7</sup>

### **Neoeugenesia y planificación familiar**

En la década de 1930, la oposición de la Iglesia Católica, genetistas y sociólogos remarcó la importancia del medio ambiente más que de la genética; es decir, educación en lugar de naturaleza, para la formación del comportamiento individual. Esta oposición debilitó a la eugenesia.<sup>1,8</sup> La cantidad de esterilizaciones eugenésicas también disminuyó cuando los EE. UU. se unió a los aliados en la Segunda Guerra Mundial, y los cirujanos pasaron a servir en la guerra.<sup>2</sup> Las esterilizaciones no volvieron a elevarse,<sup>2</sup> pero tampoco se terminaron.

*Neoeugenesia.* Las ideas que relacionaban la aptitud reproductiva con la raza continuaban penetrando en el ejercicio clínico, las políticas públicas y la cultura popular después de la Segunda Guerra Mundial.<sup>9</sup> La neoeugenesia enmarcaba la pobreza, la ilegitimidad y la criminalidad como aspectos culturalmente, y no genéticamente, reproducidos por las mujeres de color, e impulsó una nueva ola de esterilizaciones forzadas a partir de la década de 1950 hasta la década de 1970.<sup>9</sup> La ansiedad social de la población blanca en el periodo de la posguerra en torno a los derechos civiles, la sobrepoblación, la inmigración mexicana y puertorriqueña, más la ampliación del estado de bienestar con el programa Gran Sociedad del presidente Lyndon Baines Johnson, afianzaron la realización de estas cirugías, que casi siempre llevaban a cabo médicos hombres blancos en mujeres pobres de color.<sup>9</sup> En la década de 1950, Carolina del Norte se enfocó en la esterilización de mujeres negras pobres bajo su ley de eugenesia existente<sup>10,11</sup> y las “apendicectomías de Mississippi” (esterilizaciones forzadas de mujeres negras que ingresaban a hospitales para someterse a cirugías abdominales y que, sin su conocimiento o consentimiento informado, quedaban sin útero) proliferaban en el sur, especialmente en áreas donde se desarrollaban acciones intensas en materia de derechos civiles. Los médicos clínicos ejercían la supremacía blanca al emplear bisturíes como herramientas de control social para demostrar su resistencia ante el caso *Brown contra el Consejo de Educación* (1954) y otras victorias en cuanto a derechos civiles.<sup>9,12</sup>

*Planificación familiar.* La transformación de la esterilización de un procedimiento eugenésico a una forma legítima de anticoncepción a fines de la década de 1960 y principios de la década de 1970 ocultó el aumento de los índices de esterilización forzada entre las mujeres estadounidenses.<sup>9</sup> En 1960, salió al mercado la píldora anticonceptiva, con casi un 100 % de éxito en la prevención del embarazo.<sup>13</sup> Pese a los molestos efectos secundarios, millones de mujeres estadounidenses corrieron a pedir recetas médicas para adquirirla. Unos años después, los dispositivos intrauterinos (DIU) ofrecían beneficios similares. Sin embargo, el susto de la píldora de 1969<sup>13</sup> y el desastre de los DIU Dalkon Shield de 1974<sup>14</sup> revelaron riesgos mortales asociados con estos métodos de anticoncepción. Reticentes a volver a los complicados y menos

efectivos diafragmas y condones, mujeres y hombres estadounidenses comenzaron a solicitar la esterilización, que muchos médicos clínicos vieron como un método seguro y efectivo para limitar la fertilidad, prevenir embarazos no planificados y reducir la sobrepoblación; una nueva preocupación en la década de 1960.<sup>9</sup> Los índices de esterilización voluntaria aumentaron conjuntamente con la expansión a nivel federal de la planificación familiar a fines de la misma década, unificando la confianza de los médicos clínicos en la esterilización como un método de anticoncepción asequible que podría aliviar los efectos de la pobreza para los pacientes que consideraban vulnerables; en particular, las mujeres pobres de color que recibían atención de salud financiada por el estado.<sup>9</sup> Cuando se esterilizaba de manera forzada a las mujeres pobres, sus cirugías se incluían en los registros de esterilizaciones voluntarias y quedaban invisibilizadas.<sup>9</sup>

### **Intención y autoridad de los médicos clínicos**

La mayoría de los médicos clínicos actuaba con intenciones benévolas, aunque solían cruzar los límites éticos cuando recomendaban la esterilización a sus pacientes, especialmente a mujeres pobres de color que no la solicitaban. En una época en que el consentimiento informado era un tema de conversación entre los médicos clínicos, pero no una norma, miles de mujeres negras, latinas e indígenas americanas ingresaban a los hospitales públicos para dar a luz y eran esterilizadas después del parto sin su consentimiento informado. Algunos médicos clínicos engañaban a las pacientes haciéndoles creer que la ligadura de trompas era reversible; otros las presionaban para que dieran su consentimiento de manera verbal durante el trabajo de parto o mientras se encontraban bajo la influencia de un anestésico; y otros **no recurrían a intérpretes** cuando se comunicaban con pacientes que tenían un dominio limitado del inglés, presionándolas para que dieran su consentimiento en formularios que no entendían.<sup>9</sup>

A veces, los médicos actuaban con mala intención: intimidaban a mujeres embarazadas y en trabajo de parto para que se sometieran a la esterilización amenazándolas con suspender su atención médica.<sup>15,16,17,18,19</sup> Algunos culpaban a las mujeres pobres de color por una gran cantidad de problemas sociales y utilizaban sus bisturíes de forma punitiva. Un médico de Carolina del Norte burdamente señaló: “Era más probable que un médico que recibía su devolución de impuestos y se daba cuenta de que todo se iba a beneficios sociales y desempleo presionara con más dureza para que se hiciera [la esterilización]”.<sup>9</sup> La mayoría de los médicos que esterilizaban mujeres en las décadas de 1960 y 1970 actuaba dentro de los estándares obsoletos del paternalismo médico.<sup>9,20</sup> Como hombres (mayoritariamente) blancos, consideraban que la reproducción era un asunto público más que privado y creían que su licencia de médico les otorgaba la autoridad social para determinar quiénes debían tener hijos y quiénes no. Se consideraban personas excepcionalmente calificadas para crear un cambio social a nivel individual; después de todo, la esterilización requería la pericia de un cirujano.

Para la década de 1950, la mayoría de los médicos ya no eran médicos generales que hacían visitas a domicilio a los pacientes en sus comunidades, sino especialistas que atendían a gente desconocida en los hospitales y las clínicas con nuevas tecnologías y medicamentos para salvar vidas.<sup>21</sup> Pese a este cambio, muchos médicos siguieron creyendo en su capacidad, autoridad y derecho a tomar decisiones que cambiaban la vida de sus pacientes. Sus pacientes, no obstante, estaban empezando a desafiar esta autoridad y a demandar un mayor protagonismo en la prestación de su propia atención de salud.<sup>3,22,23,24</sup> Ese choque de valores finalmente provocó que se revaluara la relación

entre pacientes y médicos clínicos, aunque no era lo suficientemente pronto para terminar con las cirugías forzadas.<sup>25</sup>

### **Cambios, pero no los suficientes**

En las salas de los tribunales y en el tribunal de la opinión pública, las víctimas de abuso por esterilización desafiaron valientemente a los médicos que les hicieron daño, obligando al gobierno federal y a los gobiernos estatales a confrontar la violencia que habían sufrido. El Departamento de Salud, Educación y Bienestar (HEW, por sus siglas en inglés) estableció directrices federales en febrero de 1974 que exigían el consentimiento informado y prohibían la esterilización de personas menores de 18 años.<sup>9</sup> La Organización Nacional de Derechos de Bienestar se opuso a las directrices del HEW en los tribunales sobre la base de su insuficiencia para prevenir los abusos.<sup>9</sup> Una orden judicial posterior hizo que el HEW prohibiera la esterilización de personas imposibilitadas de dar su consentimiento o que fueran menores de 21 años.<sup>9</sup> La ciudad de Nueva York estableció protecciones para los pacientes de hospitales públicos en 1975 que incluían un periodo obligatorio de espera entre el consentimiento y la cirugía.<sup>9</sup> En 1976, California adoptó directrices similares que se aplicaban a todos los pacientes de hospitales públicos y privados que solicitaban esterilización.<sup>9</sup> Las directrices estatales exigían periodos de espera de 14 días (California) a 30 días (Nueva York) entre el consentimiento y la cirugía, prohibían la esterilización de menores de edad, exigían que el consentimiento fuera en la lengua nativa del paciente y proporcionaban modelos de formulario de consentimiento.<sup>9</sup> En 1978, el HEW adoptó normas, como una orden de espera de 30 días para todos los pacientes mayores de 21 años cuyas esterilizaciones fueran financiadas por el gobierno federal; continuó una moratoria a la esterilización de personas imposibilitadas de dar su consentimiento; y prohibió la esterilización de personas internadas en una institución mental, a menos que pudiera garantizarse su consentimiento y fuera revisado por una junta, una norma que buscaba prevenir la práctica de la esterilización en personas con **discapacidades mentales e** intelectuales y que se remonta a principios del siglo XX.<sup>9</sup>

Estos cambios en las políticas redujeron de manera significativa el abuso de las esterilizaciones en los Estados Unidos, pero no terminaron con él.<sup>18</sup> La esterilización forzada encabezó nuevamente los titulares a nivel nacional en el verano de 2013, cuando se reveló que el Departamento de Correcciones de California había esterilizado a 148 reclusas entre 2006 y 2010 sin la aprobación del estado; una violación grave, pues California declaró ilegal la esterilización forzada en 1979 y en 1994 exigió la aprobación de funcionarios clínicos para la esterilización optativa de reclusos.<sup>26</sup> La esterilización de MT se ajusta al perfil de abuso de muchas mujeres recluidas durante este periodo en California. Ocurrió en prisión durante un parto por cesárea y no hubo un consentimiento informado.

### **Delatores y defensores**

Un pequeño grupo de médicos, algunos de ellos con participación activa en el movimiento por los derechos civiles, lideraron iniciativas para poner fin al abuso de las esterilizaciones.<sup>22,27</sup> Un año después de que se diera a conocer la noticia del tristemente célebre Estudio sobre sífilis del Servicio de Salud Pública de los EE. UU. en Tuskegee,<sup>9</sup> el Centro Legal para la Lucha contra la Pobreza en el Sur reveló que sus defendidas en el caso *Relf contra Weinberger*, Minnie Lee (de 12 años) y Mary Alice (de 14 años) Relf fueron esterilizadas por una agencia de planificación familiar de Montgomery, Alabama, cuyo personal creyó que estas jóvenes negras (una de ellas con una discapacidad) necesitaban prevenir un embarazo de forma permanente.<sup>9</sup> El caso

Relf encabezó los titulares en el país, y el senador Edward Kennedy invitó a los padres de las niñas a dar su declaración en audiencias del Senado estadounidense.<sup>9</sup>

A principios de la década de 1970, Bernard Rosenfeld, médico residente en obstetricia del Hospital del Condado de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), expuso el abuso por esterilización de mujeres mexicanas y mexicano-estadounidenses en su institución. Rosenfeld habló con reporteros, aportó a un informe del Grupo de Investigación de Salud que documentó el abuso y le escribió a organizaciones de derechos civiles.<sup>15,16</sup> Los abogados Antonia Hernández, del Centro de Los Ángeles para la Ley y la Justicia, y Charles Nabarette tomaron el caso y presentaron una demanda colectiva contra Edward Quilligan, director del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la UCLA. Karen Benker, estudiante de medicina de la UCLA que también presenció el abuso, prestó declaración en nombre de las demandantes. Ella y Rosenfeld desafiaron directa y públicamente a un líder en su área, posiblemente arriesgando sus carreras.<sup>15</sup> Después de su primer año de residencia, no se renovó el contrato de Rosenfeld. Rosenfeld cree que fue un castigo por su activismo, aunque Quilligan adujo un desempeño laboral insatisfactorio.<sup>28</sup> El psiquiatra Terry Kupers sirvió como testigo experto y declaró sobre el daño psicológico que sufrieron las demandantes como consecuencia de sus cirugías forzadas. Cuando se decidió sobre el caso *Madrigal contra Quilligan* en favor de Quilligan en 1978,<sup>29</sup> Kupers publicó una página de opinión en *Los Angeles Times* criticando el veredicto.<sup>30</sup>

La ciudad de Nueva York adoptó directrices sobre la esterilización el mismo año en que se presentó el caso *Madrigal*. Helen Rodríguez-Trías encabezó la colaboración entre la Corporación de Salud y Hospitales de la ciudad de Nueva York y las bases del Comité para Poner Fin al Abuso de la Esterilización, que dio origen a las directrices. Rodríguez-Trías creció y se educó en Puerto Rico. Posteriormente, se mudó a la ciudad de Nueva York, donde trabajó en el Hospital Lincoln, y llegó a liderar el movimiento para la salud de las mujeres. Durante su extensa carrera, que incluyó ejercer como presidenta de la Asociación Estadounidense de Salud Pública en 1993, Rodríguez-Trías promovió el cambio social en la medicina y en las calles.<sup>31,32</sup>

A principios de la década de 1970, Constance Pinkerton-Uri, una médica indígena americana, elevó la conciencia pública respecto al **abuso de la esterilización en las reservas indígenas** después de que una paciente solicitara un “trasplante de útero”. Pinkerton-Uri descubrió que la paciente, creyendo que la cirugía era reversible, había sido sometida a una histerectomía 6 años antes. Sospechando que hubiera una ola prolongada de abusos de esterilización similares en recintos del Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses (IHS, por sus siglas en inglés) a nivel nacional, Uri se reunió con el senador James Abourezk de Dakota del Sur, quien solicitó una investigación federal.<sup>33,34,35</sup> El informe posterior de la Oficina Gubernamental de Rendición de Cuentas reveló que se habían realizado 3000 ligaduras de trompas entre 1973 y 1976, 36 de las cuales violaban la prohibición federal de esterilizaciones de mujeres menores de 21 años de 1974.<sup>36,37</sup> Plenamente consciente de la reticencia de las mujeres indígenas americanas de buscar atención a través del IHS por el riesgo a ser esterilizadas, Uri y 2 colegas empezaron a atender consultas clínicas en un tipi.<sup>9</sup>

#### **Respuesta de la Dra. P**

La Dra. P podría haberse quedado tranquila, enfocándose en ayudar a su paciente a lograr aceptar una cirugía para la que ella no había dado su consentimiento y que la había dejado infértil. Sin embargo, la historia descrita sugiere que el abuso de la

esterilización de MT fue parte de un patrón más amplio a nivel nacional de la injusticia sistémica. La Dra. P debería informar a los funcionarios estatales sobre la situación de su paciente y sugerir una revisión a fondo de los registros médicos de las antiguas y actuales reclusas para buscar casos similares de abuso. Y aunque no puede revertir la esterilización de MT, puede seguir los pasos de sus predecesores médicos con conciencia social que ayudaron a reducir los índices de abuso de esterilizaciones en los Estados Unidos.

## References

1. Lombardo P. *Three Generations, No Imbeciles: Eugenics, the Supreme Court, and Buck v Bell*. Johns Hopkins University Press; 2008.
2. Reilly P. *The Surgical Solution: A History of Involuntary Sterilization in the United States*. Johns Hopkins University Press; 1991.
3. Kline W. *Building a Better Race: Gender, Sexuality, and Eugenics From the Turn of the Twentieth Century to the Baby Boom*. University of California Press; 2005.
4. *Buck v Bell*, 274 US 200 (1927).
5. Carey A. Gender and compulsory sterilization programs in America, 1907-1950. *J Hist Sociol*. 1996;11(91):74-105.
6. Largent M. *Breeding Contempt: The History of Coerced Sterilization in the United States*. Rutgers University Press; 2011.
7. Kühn S. *The Nazi Connection: Eugenics, American Racism, and German National Socialism*. Oxford University Press; 2004.
8. Kevles D. *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*. Harvard University Press; 1998.
9. Kluchin R. *Fit to Be Tied: Sterilization and Reproductive Rights in America, 1950-1980*. Rutgers University Press; 2009.
10. Schoen J. *Choice and Coercion: Birth Control, Sterilization, and Abortion in Public Health and Welfare*. University of North Carolina Press; 2005.
11. Begos K, Deaver D, Railey J. *Against Their Will: North Carolina's Sterilization Program and the Campaign for Reparations*. Gray Oaks Books; 2012.
12. Lee C. *For Freedom's Sake: The Life of Fannie Lou Hamer*. University of Illinois Press; 2002.
13. Watkins E. *On the Pill: A Social History of Oral Contraceptives, 1950-1970*. Johns Hopkins University Press; 1998.
14. Tone A. *Devices and Desires: A History of Contraceptives in America*. Hill & Wang; 2002.
15. Gutiérrez E. *Fertile Matters: The Politics of Mexican-Origin Women's Reproduction*. University of Texas Press; 2008.
16. Rosenfeld B, Wolfe S, McGarrah R. *A Health Research Group Study on Surgical Sterilization: Present Abuses and Proposed Regulations*. Health Research Group; 1973.
17. Bogue T, Sigelman D. *Sterilization Report Number 3: Continuing Violations of Federal Sterilization Guidelines by Teaching Hospitals in 1979*. Health Research Group; 1979.
18. Sigelman D. *Health Research Group Study Number 4 on Sterilization Abuse of Nation's Poor Under Medicaid and Other Federal Programs*. Health Research Group; 1981.
19. Krauss E. *Hospital Survey on Sterilization Policies*. American Civil Liberties Union; 1975.
20. Starr P. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. Basic Books; 1982.



21. Rothman D. *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision-Making*. Basic Books; 1991.
22. Nelson A. *Body and Soul: The Black Panther Party and the Fight Against Medical Discrimination*. University of Minnesota Press; 2011.
23. Dudley-Shotwell H. *Revolutionizing Women's Healthcare: The Feminist Self-Help Movement in America*. Rutgers University Press; 2020.
24. Morgen S. *Into Our Own Hands: The Women's Health Movement in the United States, 1969-1990*. Rutgers University Press; 2001.
25. Jonsen AR. *The Birth of Bioethics*. Oxford University Press; 1998.
26. Johnson CG. Female inmates sterilized in California prisons without state approval. *Reveal*. July 7, 2013. Accessed May 7, 2020.  
<https://www.revealnews.org/article/female-inmates-sterilized-in-california-prisons-without-approval/>
27. Dittmer J. *The Good Doctors: The Medical Committee for Human Rights and the Struggle for Social Justice in Health Care*. Bloomsbury Press; 2009.
28. Dreifus C. Sterilizing the poor. In: Dreifus C, ed. *Seizing Our Bodies: The Politics of Women's Health*. Vintage Books; 1974:109-121.
29. *Madrigal v Quilligan*, 639 F2d 789 (9th Cir 1981).
30. Kupers T. 10 lose their fertility—and their case. *Los Angeles Times*. September 28, 1978:C7.
31. Wilcox J. The face of women's health: Helen Rodriguez-Trias. *Am J Public Health*. 2002;92(4):566-569.
32. National Library of Medicine. Dr Helen Rodriguez-Trias. October 14, 2003. Updated June 3, 2015. Accessed November 11, 2020.  
[https://cfmedicine.nlm.nih.gov/physicians/biography\\_273.html](https://cfmedicine.nlm.nih.gov/physicians/biography_273.html)
33. Lawrence J. The Indian Health Service and the sterilization of Native American Women. *Am Indian Q*. 2000;24(3):400-419.
34. Torpy SJ. Native American women and coerced sterilization: on the Trail of Tears in the 1970s. *Am Indian Cult Res J*. 2000;24(2):1-22.
35. Theobald B. *Reproduction on the Reservation: Pregnancy, Childbirth, and Colonialism in the Long Twentieth Century*. University of North Carolina Press; 2019.
36. Staats EB. Letter report (HRD-77-3) investigation of allegations concerning Indian Health Service. Comptroller General of the United States; November 4, 1975. Accessed November 11, 2020.  
<https://www.gao.gov/assets/120/117355.pdf>
37. Miller M, Miller J, Szechenyi C. Native American peoples on the Trail of Tears once more. *Akwesasne Notes*. 1979;11(2):18.

**Rebecca Kluchin, PhD** es autora de *Fit to Be Tied: Sterilization and Reproductive Rights in America, 1950-1980* (Rutgers University Press, 2009). Ha publicado artículos sobre aborto, esterilización, discapacidad y feminismo, y se encuentra actualmente escribiendo *Birth Rights: A History of Personhood and Reproductive Justice*. Obtuvo un BA en historia y psicología en la Universidad de Washington de St. Louis, y un MA y PhD en historia en la Universidad Carnegie Mellon.

**Nota del editor**

El caso al que responde este comentario fue desarrollado por el personal editorial.

**Cita**

*AMA J Ethics.* 2021;23(1):E18-25.

**DOI**

10.1001/amajethics.2021.18.

**Información de conflictos de intereses**

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

*Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.*