


Las histerectomías coercitivas en la India: marco de análisis y pautas para la intervención

Coercive hysterectomies in India: framework of analysis and guidelines for intervention


María Alejandra Martínez Gandolfi

 <https://orcid.org/0000-0002-4271-2773>

Sanidad Castilla y León (SACyL), España

marmartinez@saludcastillayleon.es

Javier Rodríguez Mir

 <https://orcid.org/0000-0002-3834-9510>

Universidad Autónoma de Madrid, España

javier.rodriguez@uam.es

Recibido: 27-11-2021
Aceptado: 10-01-2022



Resumen

La histerectomía en la India ha generado sospechas por su aumento inusual en mujeres jóvenes, analfabetas y pobres de zonas rurales. El objetivo del trabajo es analizar la relación entre violencia obstétrica, explotación laboral agrícola, prácticas médicas no éticas y tabúes relativos al útero y la menstruación. La metodología estuvo basada en una revisión bibliográfica sistemática mediante motores de búsquedas académicos que posibilitaron localizar las publicaciones más actuales y significativas sobre la problemática tratada. Los resultados indican que la práctica de la histerectomía está normalizada en la India y que resulta funcional al sistema capitalista, al sistema sanitario y a las pacientes para conseguir o conservar el empleo. Se concluye con la necesidad de activar auditorías médicas, destinar esfuerzos para lograr una mayor transparencia de los servicios sanitarios y centrar la atención sanitaria en una perspectiva de derechos humanos, con un enfoque de género que, especialmente empodere a las mujeres de bajo recursos para tomar decisiones que afectan a su propio cuerpo.

Palabras clave: ética, género, ginecología, histerectomía, salud reproductiva.

Abstract

Hysterectomy in India has raised suspicions for its unusual increase in young, illiterate and poor rural women. The objective of the work is to analyze the relationship between obstetric violence, agricultural labor exploitation, unethical medical practices and taboos related to the uterus and menstruation. The methodology was based on a systematic bibliographic review using academic search engines that made it possible to locate the most current and significant publications on the problem addressed. The results indicate that the practice of hysterectomy is standardized in India and that it is functional to the capitalist system, the health system, and the patients to get or keep employment. It concludes with the need to activate medical audits, allocate efforts to achieve greater transparency of health services and focus health care on a human rights perspective, with a gender approach that, especially empowers low-income women to take decisions that affect your own body.

Keywords: ethics, gender, gynecology, hysterectomy, reproductive health.

Sumario

1. Introducción | 2. Metodología | 2.1. Revisión sistemática de la literatura | 2.2. Criterios de inclusión y exclusión | 3. Resultados | 3.1. El sistema capitalista: poder, corporalidades y economía de mercado | 3.2. El sistema de creencias: convicciones que respaldan la extirpación del útero | 3.3. El sistema sanitario: precariedad, complicaciones médicas y prácticas no éticas | 4. Conclusiones | Referencias bibliográficas

Cómo citar este artículo

Martínez Gandolfi, M. A. y Rodríguez Mir, J. (2022): "Las histerectomías coercitivas en la India: marco de análisis y pautas para la intervención", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 74-87. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.510>

1. Introducción

El presente trabajo se enmarca en el estudio e intervención frente a la violencia sistémica que se ejerce contra las mujeres, especialmente jóvenes, pobres y vulnerables, en el ámbito de la atención sanitaria en la India, lo que implica una clara vulneración de los derechos humanos. Entendemos que al igual que hemos hecho con las investigaciones que desarrollamos sobre violencia obstétrica en España en la que trascendimos el análisis crítico del fenómeno abordado para realizar propuestas de intervención con el fin de mejorar la calidad de la atención sanitaria, en el caso concreto de las histerectomías coercitivas en la India continuaremos en la misma línea con propuestas y marcos de actuaciones para intentar, en la medida de lo posible, mejorar la situación analizada.

Nos situamos ante el desarrollo de una violencia gineco-obstétrica inserta en el núcleo de una sociedad patriarcal donde entran en juego distintos actores sociales (pacientes, familiares, personal sanitario, contratistas, empresarios...) con intereses diversos que hacen que estas prácticas sean normalizadas y en especial que sean funcionales al sistema capitalista (hospitales privados, agricultura, empresarios, etc.). En este sentido, el trabajo se sitúa en un contexto más amplio que considera a la violencia obstétrica como una discriminación de género y una clara vulneración de los derechos humanos que implica prácticas y conductas realizadas por profesionales sanitarios a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, en el ámbito de la sanidad pública o privada, que por acción u omisión se perciben y sufren como violentas (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021a). La práctica de la violencia obstétrica constituye un problema de salud pública global reconocido ya por la OMS desde 2014.

La violencia obstétrica como concepto y objeto de estudio ha surgido en los últimos años con mucha intensidad y ha posibilitado visibilizar estas prácticas en toda la sociedad. Esto ha generado acalorados debates en diferentes países y en algunos se ha llegado incluso a establecer leyes específicas para tratar estas prácticas, como son los casos de Venezuela en 2007, Argentina en 2009 y México en 2014. En España ha surgido con fuerza un activismo que ha puesto la violencia obstétrica en el centro de los debates que ha causado malestar entre los colectivos médicos, en particular en la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Así, España atravesó un proceso que transitó desde la invisibilización de la violencia obstétrica, a la visibilización y posterior negación por parte de algunas asociaciones médicas (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021b).

Ahora bien, es preciso indicar que si bien el hecho de que recientemente se haya detectado la problemática y su reconocimiento esté al orden del día, estas prácticas tienen una profundidad temporal amplia que se podría vincular al surgimiento del modelo médico hegemónico que, desde finales del siglo XIX, se encuentra en constante expansión y que lo ha llevado a convertirse en el modelo biomédico dominante que todos conocemos (Menéndez, 2020). Asimismo, entendemos que es imprescindible ampliar el concepto de violencia obstétrica y que no quede limitado al embarazo, parto y puerperio. Sin lugar a duda, la violencia obstétrica se despliega cuando las mujeres atraviesan por estos estados, pero consideramos que es necesario tener una visión más amplia del fenómeno y que no deberíamos olvidar otras prácticas gineco-obstétricas que se extienden por todo el mundo, tales como las esterilizaciones forzadas.

Además, una muestra de que el concepto de violencia obstétrica se torna insuficiente es que debería trascender el ámbito de la medicina y la atención de la salud e incluir las prácticas sociales y culturales que impactan en la salud femenina como pueden ser las mutilaciones genitales femeninas. Por lo tanto, desde una perspectiva antropológica entendemos que este concepto debería incluir también a las creencias y rituales de diversas poblaciones que desempeñan un papel fundamental a la hora de influir en la salud y las corporalidades femeninas. Su reconceptualización nos posibilita advertir diferentes violencias obstétricas ejercidas en diferentes países y que han sido funcionales a diversos intereses políticos y a distintas clases sociales asociadas al poder estatal. Por citar solo algunos ejemplos, en Estados Unidos —y orientados por teorías eugenésicas— practicaron esterilizaciones forzadas, prácticas que se realizaron sin ningún tipo de consentimiento debido a acciones coercitivas o bien a la incapacidad mental por la que atravesaban las víctimas.

Estas esterilizaciones coercitivas se practicaron al menos desde 1907 con la promulgación de la primera ley de esterilización eugenésica en Indiana. En la década de los 30 su práctica se sustentaba en la defensa de las mujeres vulnerables ante embarazos no deseados. Se estima que para 1941 las esterilizaciones forzadas habían alcanzado al menos a 38.087 ciudadanos (Kluchin, 2021) y para fines de la Segunda Guerra Mundial a 60.000 personas (Reilly, 2015). No obstante, es complicado conocer la cantidad exacta ya que no todas se registraron de manera oficial (Kluchin, 2021). Stern (2006) demuestra que a finales de los 60 los médicos del Hospital del Condado de Los Ángeles realizaron ligaduras de trompas no consensuadas a pacientes mexicanas-americanas tras sus partos con el fin de controlar grupos minoritarios vulnerables. Aunque pueda parecer que en la actualidad estas políticas de biopoder han desaparecido en el país, lamentablemente continúan vigentes. Recientemente en una prisión privada que alberga inmigrantes detenidos —más concretamente en el Centro de Detención del Condado de Irwin (ICDC) en Georgia— se denunció la presencia de una elevada tasa de histerectomías coercitivas masivas a mujeres que no hablaban inglés y que fueron mal informadas, sin prestar su consentimiento pleno e informado (Aristegui Noticias, 2020).

Otro caso notable lo encontramos en Perú ya que entre 1996 y 2001 se esterilizaron de forma masiva a 272.028 mujeres (la mayoría de ellas de zonas rurales y de muy bajos recursos) y a 22.004 varones (Ballón Gutiérrez, 2014a). En esta ocasión, el entonces presidente Fujimori inauguró unas políticas públicas bajo el *Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar* guiado bajo presupuestos de economía política que puso por delante al desarrollo económico, vulnerando los derechos humanos. El presupuesto básico partía de la hipótesis de que una reducción de la población incrementaría el producto bruto interno per cápita. En este sentido, las masivas esterilizaciones quirúrgicas tuvieron un papel decisivo en el plan implementado y las corporalidades femeninas fueron instrumentalizadas en un ejercicio de poder (Ballón Gutiérrez, 2014a, 2014b).

Las políticas públicas estuvieron dirigidas desde un poder ocupado por criollos y mestizos masculinos preocupados por controlar e instrumentalizar el cuerpo femenino. Con el tiempo salieron a la luz los modos coercitivos de esterilizaciones forzadas, especialmente a mujeres con un perfil de campesina pobre, analfabeta y hablante de quechua sin conocimiento de castellano. A estas mujeres no se le informaron de las intervenciones quirúrgicas que se le practicarían, efectos adversos, riesgos, consecuencias o implicaciones. El programa fracasó estrepitosamente desde todas las perspectivas, incluso como bien señala Ballón Gutiérrez (2014b) hasta desde el punto de vista económico ya que las mujeres por las consecuencias postoperatorias se vieron obligadas a abandonar las labores agrícolas o a dejar de trabajar, quedando al cuidado de sus hijos con una alta dependencia económicamente de sus maridos. En este caso se destaca el papel que tuvo las nuevas tecnologías que facilitaron la participación del conocimiento, la visibilización de los hechos y el compromiso con las víctimas que sufrieron esterilizaciones forzadas. Un ejemplo paradigmático es el proyecto Quipu que se constituyó en una herramienta interactiva en el cual permitió registrar narraciones e historias contadas de primera mano (Brown y Tucker, 2018).

En la actualidad las esterilizaciones forzadas se siguen practicando en todo el mundo. Como veremos más adelante, las histerectomías coercitivas en la India tienen en común con los casos expuestos en que se tratan de mujeres vulnerables, muchas de ellas campesinas, que no comprenden el idioma oficial, marcadas por sistemas patriarcales de poder que someten a las mujeres desde una perspectiva que se orienta a la instrumentalización económica-política de las corporalidades femeninas. Por lo tanto, entendiendo el concepto de violencia obstétrica de forma más amplia que no solo limita exclusivamente al embarazo, parto y puerperio, sino que también es posible comprender los fenómenos de esterilizaciones forzadas como otras formas de violencia obstétrica, podemos definir a las histerectomías coercitivas como esterilizaciones quirúrgicas femeninas involuntarias, practicadas sin consentimiento previo informado, con el objetivo principal de ejercer y mantener la supremacía y el control sobre la población femenina en un sistema patriarcal y cuyas diversas justificaciones van desde el logro de objetivos económicos hasta la mejora de la salud pública, pasando por doctrinas racistas que incluyen la mejora de la constitución genética de la población. Por lo general, se aplican a colectivos minoritarios femeninos vulnerables e indefensos desde poderosos grupos hegemónicos que despliegan biopolíticas caracterizadas por una violencia estructural, institucional y sistemática. Estas prácticas discriminatorias se basan en estereotipos fundados en el género, la raza y la etnia, entre otras variables.

El abordaje de la violencia obstétrica, y en concreto la práctica de la histerectomía¹ en la India ha surgido en los últimos años como una problemática central en las políticas públicas sanitarias debido a que varios medios de comunicación destacaron un notable aumento de mujeres jóvenes con extirpación de útero, como es el caso del periódico *Business Line* de la India. Estas pacientes correspondían principalmente a familias de bajos ingresos (Desai *et al.*, 2011; Mamidi y Pulla, 2013; McGivering, 2013) y de áreas rurales (Singh *et al.*, 2020).

Las zonas rurales de la India mantienen una mayor prevalencia² de histerectomía en el sector privado que en las zonas urbanas (Singh y Govil, 2021). Esto se podría asociar a la falta de auditorías y controles sanitarios en el ámbito rural indio sumado al interés de los sectores privado por lucrarse por vía de la salud femenina. Esta ausencia de auditorías ya fue denunciada por activistas y redes sociales que exigen que todas las histerectomías realizadas en hospitales privados (en el Distrito de Beed) de los últimos tres años estén sujetas a una auditoría clínica (Chatterjee, 2019). Además, hay que destacar que estas cirugías se encuentran normalizadas en todo el país y la histerectomía a nivel mundial se presenta como la segunda intervención más frecuente en mujeres, después de las cesáreas (Acharya, 2017, Desai *et al.*, 2017, Jindal *et al.*, 2021). Por tanto, nos situamos ante un fenómeno extremadamente complejo en el que una intervención médica es normalizada por toda la sociedad india, incluido el personal sanitario, y de la cual se obtiene beneficio económico mediante procesos sistemáticos que violan los derechos humanos y degradan a las mujeres.

En la India las mujeres no suelen adoptar decisiones importantes en aspectos vinculados a la salud. Los miembros de la familia tienen un papel fundamental ya que determinan si la salud femenina es merecedora de un tratamiento médico. No se puede obviar el rol del marido en cuanto a decisiones vinculadas al uso de anticonceptivos y gastos de atención de la salud ya que la mujer no suele tener poder de decisión (Barua y Kur, 2001). Así, los factores individuales, familiares, socioeconómicos y del sistema de salud se combinan para condicionar una decisión tan importante que afecta a la salud de las mujeres (Desai, 2016). En la actualidad, la participación de las pacientes en la toma de decisiones sobre el tratamiento es fomentada por las organizaciones gubernamentales, los profesionales de la salud y los proveedores de atención médica (Jindal *et al.*, 2021). Estudios en Estados Unidos y Reino Unido sugieren que muchas pacientes están desinformadas de cirugías ginecológicas y sin apoyo de los profesionales de la salud y los proveedores de atención médica (Skea *et al.*, 2004) lo que indica que el acceso limitado a la información no es exclusivo de la India.

Las histerectomías coercitivas suponen una flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres en general y, en particular, de los derechos de salud sexual y reproductiva. En concreto se produce la violación del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el que se indica que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales (Mamidi y Pulla, 2013). El hecho de que la mayor parte de las extirpaciones de útero se practiquen a mujeres en edad reproductiva temprana o media preocupa porque conduciría a una menopausia y envejecimiento precoz con trastornos psicosociales, aumento del riesgo cardiovascular, osteoporosis (Acharya, 2017, Desai *et al.*, 2019) y un mayor riesgo de diabetes (Halli *et al.*, 2020a).

Los adolescentes representan casi una cuarta parte de la población india y sus necesidades de salud reproductiva son poco conocidas y mal atendidas. En esta franja etaria en concreto se detecta falta de atención en la salud reproductiva (Jeebhoy, 1998). Algunos estudios en 2019 señalan una urgente necesidad de garantizar opciones de tratamiento para las complicaciones ginecológicas y para abordar la problemática de la histerectomía entre mujeres jóvenes (Desai *et al.*, 2019). Cabe destacar que las histerectomías coercitivas han sido denunciadas por un profesional médico, Narendra Gupta, quien investigó e informó sobre malas prácticas en Rajasthan, Bihar y Chhattisgarh. Gupta presentó una petición ante el Tribunal Supremo de la India en 2013, con el apoyo de la Red de Derecho de los Derechos Humanos, buscando una compensación para las mujeres que habían sido sometidas a la cirugía de forma coercitiva (Chatterjee, 2019).

¹ La histerectomía es una cirugía destinada a extirpar el útero de forma total o parcial. En estas operaciones también es posible extirpar los ovarios y las trompas de Falopio. Una mujer histerectomizada no podrá quedar embarazada.

² Proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

La problemática de la violencia obstétrica en la India se encuentra atravesada por tres sistemas: a) el sistema cultural y de creencias; b) el sistema capitalista y, c) el sistema sanitario. La intersección entre el sistema capitalista y el sistema de creencias (de empresarios y de mujeres trabajadoras) hace que entiendan a la menstruación como impura y que a las mujeres no les sea posible trabajar mientras menstrúan. Esto conduce a lo que la sociedad entiende como la única solución: la extirpación del útero. La convergencia entre el sistema de creencias culturales (de las pacientes, familiares y médicos) y el sistema sanitario lleva a concebir al útero como un órgano prescindible luego de la maternidad que se torna peligroso en tanto existen posibilidades de contraer cáncer uterino. Finalmente, encontramos una plena coincidencia entre el sistema capitalista y el sistema sanitario (especialmente en clínicas privadas) que se mueven atraídos por el lucro y la ganancia. A los empresarios las mujeres hysterectomizadas les garantiza que sus trabajadoras no quedarán embarazadas y que seguirán desarrollando tareas en la cadena productiva, mientras que las clínicas privadas ingresan ingentes beneficios producto de las intervenciones quirúrgicas. A los profesionales sanitarios las intervenciones masivas representan una excelente posibilidad para incrementar sus ingresos y adquirir habilidades quirúrgicas (Figura 1).

Figura 1. Interacción entre los sistemas de creencias, capitalista y sanitario en la India



Fuente: Elaboración propia.

2. Metodología

2.1. Revisión sistemática de la literatura

Las revisiones sistemáticas de la literatura constituyen aportes científicos invaluables que posibilitan integrar la información existente de modo eficiente y nos brinda herramientas a la hora de la toma de decisiones (Mulrow, 1994). En este caso, la estrategia de búsqueda que se sostuvo en tres bases de datos: PubMed, ScienceDirect y Google Académico, tal y como muestra la Tabla 1. En cuanto a los criterios de búsqueda se realizaron sobre la base de dos descriptores ("Hysterectomy" AND "India")³. Se dio prioridad a los artículos escritos en los últimos diez años.

³ Las palabras clave se pusieron en inglés ya que los motores de búsqueda no arrojaron resultados positivos cuando se introdujeron las variables en castellano, lo que pone en evidencia el amplio desconocimiento y la ausencia de la temática planteada en revistas científicas publicadas en español.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Bases de datos	Términos booleanos	Resultados
	(hysterectomy) AND (India) ("hysterectomy"[MeSH Terms] OR "hysterectomy"[All Fields] OR "hysterectomies"[All Fields]) AND ("india"[MeSH Terms] OR "india"[All Fields] OR "india s"[All Fields] OR "indias"[All Fields])	1.111
	(hysterectomy) AND (India) Filters: in the last 10 years (("hysterectomy"[MeSH Terms] OR "hysterectomy"[All Fields] OR "hysterectomies"[All Fields]) AND ("india"[MeSH Terms] OR "india"[All Fields] OR "india s"[All Fields] OR "indias"[All Fields])) AND (y_10[Filter])	691
PUBMED	(hysterectomy) AND (India) Filters: in the last 5 years (("hysterectomy"[MeSH Terms] OR "hysterectomy"[All Fields] OR "hysterectomies"[All Fields]) AND ("india"[MeSH Terms] OR "india"[All Fields] OR "india s"[All Fields] OR "indias"[All Fields])) AND (y_5[Filter])	315
	(hysterectomy) AND (India) Filters: in the last 1 year (("hysterectomy"[MeSH Terms] OR "hysterectomy"[All Fields] OR "hysterectomies"[All Fields]) AND ("india"[MeSH Terms] OR "india"[All Fields] OR "india s"[All Fields] OR "indias"[All Fields])) AND (y_1[Filter])	78
	(hysterectomy[Title]) AND (India[Title]) Filters: in the last 10 years. ("hysterectomy"[Title] AND "India"[Title]) AND (y_10[Filter])	18
SCIENCE DIRECT	Quick search form field. Find articles with these terms (hysterectomy) AND (India).	16
	Quick search form field. Find articles with these terms (hysterectomy) AND (India).	34.500
GOOGLE SCHOLAR	Quick search form field. Find articles with these terms (hysterectomy) AND (India). Filters: in the last 10 years	16.400
	Quick search form field. Find articles with these terms (hysterectomy) AND (India). Filters: in the last 1 year	3.240

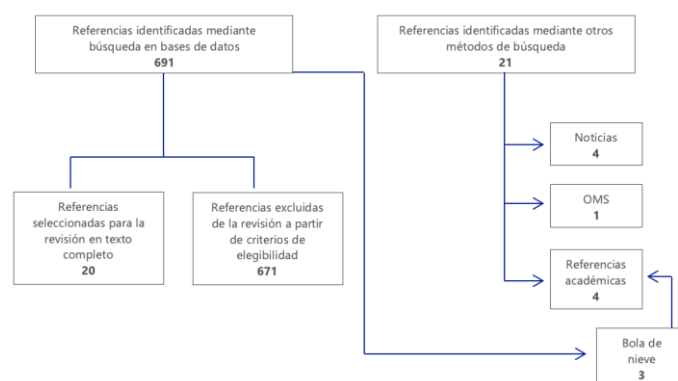
Fuente: Elaboración propia.

2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión inicial en la revisión de títulos y resúmenes fueron, básicamente, que los artículos hayan sido publicados en revistas de revisión por pares y disponibles en texto completo. Una vez seleccionados los materiales del estudio se aplicó una estrategia derivada del principio denominado 'bola de nieve'. La revisión de aquellas referencias bibliográficas incluidas en los artículos seleccionados permitió identificar otros trabajos científicos significativos a pesar de superar la profundidad temporal establecida, así como completar la información con importantes materiales que se publicaron en reconocidos y prestigiosos medios de comunicación. En este sentido, la investigación hemerográfica estuvo en gran parte guiada por los autores de referencia, especialmente cuando hicieron énfasis en los movimientos activistas. Esta revisión ha sido fundamental, especialmente para arrojar luz a las interacciones que se establecen entre las histerectomías coercitivas y los intereses económicos presentes en la India.

Como se ha señalado, cabe recordar la importancia de los medios de comunicación en este tema ya que a través de ellos se logró dar visibilidad a esta problemática, tanto a nivel nacional como internacional. Adicionalmente se utilizó el sitio web de la OMS por ser un sitio empleado por la mayoría de las agencias humanitarias y que posee una importancia relevante cuando se trata de problemáticas que asocian la violencia y la salud, como es el caso de la violencia obstétrica. Posteriormente, se procedió a la eliminación de referencias duplicadas y se tamizaron por revisión de título y resumen. Luego se comprobaron los criterios de elegibilidad en tanto la revista debía cumplir los requisitos de revisión por pares, disponibilidad de texto completo y que los trabajos den prioridad a las investigaciones en salud orientadas hacia aspectos sociales y culturales. Los criterios de cribado excluyeron: 1) los trabajos médicos dedicados a aspectos quirúrgicos y a patologías gineco-obstétricas con un enfoque orientado hacia cuestiones biomédicas que no incidían en las variables sociales y culturales de la problemática abordada; 2) textos que no presentaron información adicional y 3) textos completos no disponibles (Figura 2).

Figura 2. Proceso de selección de artículos



Fuente: Elaboración propia.

Las referencias incluidas publicadas en los últimos diez años fueron veinte en total. La mayoría (15) son artículos de investigación, seguidos de dos informes, dos editoriales y una carta al editor. Los artículos se publicaron en Reino Unido (10), India (6) y EE. UU. (4) (Tabla 2).

Tabla 2. Estrategia de búsqueda

Autor	Año	Título	País	Tipo de documento
Acharya	2017	Womb, womanhood and medical ethics: Concern about rising hysterectomy cases in India	EE. UU.	Carta al editor
Chatterjee	2019	Hysterectomies in Beed district raise questions for India	U. K.	Informe
Chaudhuri	2013	Women's groups and fertility experts campaign to reduce prevalence of hysterectomy in India	U. K.	Informe
Desai	2016	Pragmatic prevention, permanent solution: Women's experiences with hysterectomy in rural India	U. K.	Artículo de investigación
Desai et al	2017	Incidence and determinants of hysterectomy in a low-income setting in Gujarat, India	U. K.	Artículo de investigación
Desai et al	2019	Patterns of hysterectomy in India: a national and state-level analysis of the Fourth National Family Health Survey (2015–2016).	U. K.	Artículo de investigación
Desai et al	2011	Prevalence of hysterectomy among rural and urban women with and without health insurance in Gujarat, India	U. K.	Artículo de investigación
Halli et al	2020	Increased blood glucose level following hysterectomy among reproductive women in India	U. K.	Artículo de investigación
Halli et al	2020	Increased hypertension following hysterectomy among reproductive women in India.	EE. UU.	Artículo de investigación
Jain	2017	Perceptions of Indian women on hysterectomy	India	Artículo de investigación
Jindal et al	2021	Study on awareness, perceptions, experiences in decision process of hysterectomy in women presenting to Goa Medical College.	India	Artículo de investigación
Khadilkar	2020	Does Saving Uterus Save Ovaries?	India	Editorial
Mamidi	2013	Hysterectomies and Violation of Human Rights: Case Study from India.	EE. UU.	Artículo de investigación
Prusty et al	2018	Predictors of hysterectomy among married women 15–49 years in India.	U. K.	Artículo de investigación
Pulla	2018	Unwanted Hysterectomies in India: Paid by Public Insurance Schemes.	India	Editorial
Sardeshpande	2014	Why do young women accept hysterectomy? Findings from a study in Maharashtra, India	India	Artículo de investigación
Shekhar et al	2019	Prevalence, sociodemographic determinants and self-reported reasons for hysterectomy in India.	U. K.	Artículo de investigación
Singh	2021	Hysterectomy in India: Spatial and multilevel analysis	U. K.	Artículo de investigación
Singh et al	2020	Major correlates and socioeconomic inequalities in hysterectomy among ever-married women in India	India	Artículo de investigación
Skea et al	2004	Women's perceptions of decision-making about hysterectomy	EE. UU.	Artículo de investigación

Fuente: Elaboración propia.

3. Resultados

3.1. El sistema capitalista: poder, corporalidades y economía de mercado

Como ya hemos subrayado, el marcado incremento de histerectomías en mujeres jóvenes ha levantado sospechas generalizadas sobre el uso inadecuado de estos procedimientos (Prusty *et al.*, 2018). Los activistas señalan que se tratan de cirugías innecesarias realizadas por médicos privados inescrupulosos con el objetivo de lucrar atribuido a presiones para aumentar la productividad (EFE, 2019; McGivering, 2013; Shekhar *et al.*, 2019). Desde distintos medios de comunicación y asociaciones como *Makkam* que protege los derechos de las mujeres agricultoras denunciaron públicamente la relación entre el aumento de las histerectomías con la explotación laboral. Se acusa a los empresarios de fomentar e impulsar a las mujeres a realizar las histerectomías para que puedan trabajar sin molestias menstruales y evitar que queden embarazadas en las plantaciones. También se dispone de estudios llevados a cabo por ONGs como *Life Health Reinforcement Group* que demuestra que, en el caso de Andhra Pradesh, la tasa de histerectomías es elevada y sorprendentemente la edad media de las mujeres fue de 29 años que representa la franja etaria más baja a nivel mundial. De modo similar, una asociación de mujeres rurales autónomas (Association) realizó un estudio en Gujarat que revela que la mayoría de las mujeres con histerectomía tenían una edad promedio de 35 años (Chaudhuri, 2013). En el estado indio de Maharashtra, el segundo mayor productor de azúcar del país se registran demasiadas mujeres sin útero. En 2020, un periódico español ha publicado que las denominadas 'chicas del azúcar' serían objeto de violencia sistémica e institucional en tanto son mujeres invisibles, indefensas, empleadas de forma ilegal, sin seguro médico e ignoradas por la ley y los sindicatos (Zuccalá, 2020). Las histerectomías son prácticas habituales en este distrito y los contratistas para el corte de caña de azúcar no están dispuestos a contratar mujeres que menstrúan o que puedan quedar embarazadas para evitar ausencias laborales. Las mujeres que necesitan cuidar de su familia y ganarse la vida deben equilibrar sus opciones médicas con las responsabilidades sociales (Singh y Govil, 2021).

Un nuevo dato relevante es que el porcentaje de histerectomías realizado en mujeres en una franja etaria de 30 a 49 años fue significativamente más elevado en Andhra Pradesh (16%) con relación al promedio nacional de la India que fue del 6% (Shekhar *et al.*, 2019). La economía de Andhra Pradesh se sostiene en base a la agricultura de arroz, caña de azúcar, algodón y tabaco. Otro tanto ocurre en el estado de Telangana que limita al sureste y sur con Andhra Pradesh. Telangana presenta un 14% de mujeres histerectomizadas entre 30 a 49 años y coincidentemente presenta un sector económico muy importante con la agricultura de arroz, maíz, algodón y caña de azúcar. Ambos estados comparten aspectos sociodemográficos, culturales y prácticas de salud. Singh y Govil (2021) demostraron que a pesar de que la presencia de la histerectomía se extiende a lo largo de todo el país existen patrones espaciales y geográficos muy claros en los que se detecta una alta presencia de histerectomías en los distritos de Andhra Pradesh, Telangana, Bihar y Gujarat. En este sentido existe una relación directa entre el incremento de mujeres histerectomizadas con el hecho de conseguir o mantener los trabajos agrarios por parte de las mujeres y la preocupación de incrementar la productividad en el mercado agrícola por parte de los empresarios. Estas asociaciones no deben sorprendernos ya que, como bien señala Federici (2010), desde los inicios la explotación de mujeres tuvo una función central en el sistema capitalista en tanto se convirtieron en productoras y reproductoras de la fuerza laboral.

Asimismo, desde los estudios feministas se ha indicado reiteradamente la violencia sistémica de los medios de explotación para disciplinar y apoderarse del cuerpo femenino inscribiendo relaciones de poder e intentando controlar las funciones reproductivas femeninas. Se trata de una maquinaria represiva inscrita en las corporalidades femeninas y en la politización del cuerpo en donde las relaciones de poder se despliegan sobre el cuerpo femenino y las obligan a pasar por unas determinadas intervenciones médicas innecesarias para la preservación de la salud. La conquista del cuerpo femenino se transforma en una condición indispensable para la acumulación de riqueza. No es posible desvincular al capitalismo de las aproximaciones racistas y sexistas tendientes a producir cuerpos femeninos obedientes y dóciles. Estamos ante la utilización del cuerpo femenino como objeto y mercancía de las sociedades contemporáneas.

3.2. El sistema de creencias: convicciones que respaldan la extirpación del útero

El conocimiento académico sobre las histerectomías en India es limitado debido a la escasa información en encuestas nacionales representativas (Shekhar *et al.*, 2019). Desai *et al.* (2017) establecieron que, en Gujarat, la incidencia⁴ y las causas de la histerectomía en pacientes de bajo ingreso que fue de 20,7 / 1.000 mujeres. Esta cifra es considerablemente más alta que la reportada por otros países a una edad reproductiva media de 36 años, con escasos recursos y al menos dos hijos (Desai *et al.*, 2017). Otros autores afirman que, si se convierte la prevalencia de mujeres histerectomizadas entre 30 a 49 años en números absolutos, la India probablemente sería el mayor país en el mundo (Shekhar *et al.*, 2019). Sin duda, los pocos estudios realizados se inclinan por entender que la India tiene una elevada cantidad de histerectomías en relación con otros países, e incluso al interior del país los porcentajes varían significativamente de acuerdo a si se trata de regiones rurales y agrícolas o bien a zonas urbanas industrializadas.

Los motivos de consulta al servicio de ginecología son por sangrados excesivos y prolongados, secreciones vaginales, flujo vaginal, inflamación de la pelvis y dolor de espalda. Todas estas dolencias se podrían tratar sin ningún tipo de intervención quirúrgica (Chaudhuri, 2013; Mamidi y Pulla, 2013; Pulla, 2018). Frecuentemente el servicio de ginecología ofrece como única alternativa terapéutica la extirpación del útero e induce a las pacientes mediante el temor a desarrollar cáncer de útero, ovarios y fibromas. Además, la cultura en la India define la menstruación como contaminante. El concepto de impureza en la India constituye un principio central y rector de clasificación jerárquica de castas, de género, de dominación económica, ritual, y de los hombres sobre las mujeres (Van den Bogaert, 2017, p. 11). Siguiendo a Tarducci (2001, p. 104) observamos que los mitos sobre las impurezas femeninas se encuentran muy extendidas en innumerables culturas de todo el mundo. Como indica Martínez Gandolfi (2021) "las mujeres durante la menstruación no podrán rezar y la purificación corporal será más rigurosa y detallada tras el final del sangrado menstrual con el fin de retomar con las oraciones" (p. 360). Desde una perspectiva de la antropología médica, la idea anterior asocia las creencias musulmanas sobre las corporalidades y sus fluidos (saliva, sangre menstrual, orina...) percibidos como una amenaza contaminante que son utilizados para realizar rituales de magia y brujería.

De acuerdo con Chaudhuri (2013) un número significativo de las jóvenes histerectomizadas se casaron entre los 13 y 16 años y fueron madres alrededor de los 20 años. La sociedad de la India que considera la menstruación impura, los empresarios que perciben de forma negativa a las mujeres con útero, las familias que impiden a la mujer realizar tareas domésticas mientras menstrúan, y el sistema sanitario que las aterroriza con la posibilidad de contraer cáncer de útero y ovarios, lleva a las mujeres a aceptar la histerectomía. En este contexto, la menstruación es causa de despido laboral entre las cortadoras de caña de azúcar. Las trabajadoras que se ausentan al trabajo por esta causa deberán cargar con una multa que representa el jornal diario. Y si las trabajadoras por no pagar la multa deciden desarrollar sus actividades laborales mientras menstrúan no son consideradas buenas trabajadoras (EFE, 2019). Está claro que, ante esta situación, un contexto de pobreza y desempleo estimulará las intervenciones de histerectomías innecesarias con el objetivo de conservar el trabajo y que no se realicen descuentos de su salario.

La suposición arraigada de que la histerectomía es el mejor tratamiento se debe a varios factores, entre ellos al miedo instigado por los profesionales médicos hacia las mujeres con discursos orientados a las probabilidades de contraer cáncer de útero (Chatterjee, 2019), a considerar una solución definitiva para sus problemas menstruales, a tabúes, a las deficiencias en la atención ginecológica, a las dificultades prácticas para convivir con problemas de salud reproductiva, al uso inadecuado de seguros y a la posible pérdida de empleo o las pocas oportunidades para obtenerlo (Singh y Govil, 2021). Un estudio realizado en Gujarat demostró que los ginecólogos prescribían cirugía en lugar de tratamientos alternativos porque se benefician económicamente del *Programa de Seguro de la Salud Nacional del Ministerio de Salud* destinado para las mujeres de hogar por debajo de la línea de pobreza (Chaudhuri, 2013).

Entre las causas para aceptar la histerectomía se encuentran el temor al cáncer, el fracaso al tratamiento médico y la percepción de la histerectomía como una solución definitiva, miedo a complicaciones con desenlace fatal, que los problemas de salud reproductiva interfieran con la capacidad de trabajo agrícola, el temor causado por los profesionales sanitarios al insinuar posibles complicaciones

⁴ Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad que se diagnostican en una población determinada en un período dado.

como el cáncer y el elevado costo de estas cirugías y la aceptación social de la histerectomía como el mejor tratamiento (Sardeshpande, 2014).

Tampoco debemos dejar de lado los estudios que reportan prácticas no éticas asociadas al sistema patriarcal, a la inferiorización de la mujer en la sociedad y a las creencias sociales que conducen a cirugías innecesarias. A pesar de que en la sociedad india el útero es un gran símbolo femenino que representa el estatus de la maternidad (Acharya, 2017), los profesionales sanitarios consideran al útero prescindible después de la maternidad lo que evidencia marcados prejuicios de género (Desai *et al.*, 2011, Desai, 2016).

Asimismo, existe una percepción generalizada de que el útero post reproductivo es prescindible y la falta de conocimiento sobre los efectos secundarios de la histerectomía y la extirpación de ovarios conducen a que la histerectomía se promueva como un tratamiento de primera o segunda línea para trastornos menstruales y ginecológicos que podrían tratarse con procedimientos menos invasivos (Desai *et al.*, 2017).

Los servicios de ginecología sugieren que la histerectomía es un tratamiento adecuado para las mujeres con escasos recursos porque 'no necesitan el útero' una vez que son madres y se extirpan los ovarios de forma rutinaria para prevenir futuros quistes (Desai, 2016). Entre las pacientes existe una creencia generalizada, inducida por el personal sanitario, de que el útero es un sitio de riesgo con lo cual la histerectomía se convierte simultáneamente en un tratamiento y en una medida preventiva. La histerectomía se entiende como un tratamiento normalizado que ofrece una solución permanente y definitiva para las dolencias ginecológicas, particularmente para las mujeres de bajos ingresos y de zonas rurales.

3.3. El sistema sanitario: precariedad, complicaciones médicas y prácticas no éticas

El contexto sanitario de las zonas rurales se caracteriza por clínicas y hospitales locales que disponen de servicios limitados en la prevención y diagnóstico de infecciones ginecológicas. Por lo general no se cuenta con servicio de microscopía, ni con la posibilidad de realizar tratamientos menos invasivos (por ejemplo, extirpación laparoscópica de quistes), ni con ecógrafos para detectar fibromas y quistes (Desai *et al.*, 2017). Esta situación es un factor que contribuye a extender la práctica innecesaria de la histerectomía, así como a favorecer su normalización. Un sistema sanitario con déficit de atención en ginecología configura a la histerectomía como una práctica de salud reproductiva socialmente aceptada, tanto por los profesionales sanitarios como por las pacientes, muchas de ellas analfabetas, que no cuestionan las indicaciones médicas.

La normalización de la histerectomía lleva a considerarla una intervención menor que resolverá de forma definitiva todos los problemas ginecológicos y que no comportará mayores complicaciones. Sin embargo, además de los efectos adversos que podría desencadenar hay que evaluar que se trata de una cirugía costosa para las familias rurales que en ocasiones deberán endeudarse para afrontar los gastos de la intervención (Mamidi y Pulla, 2013). Algunas de estas familias se han visto obligadas a vender su patrimonio. Por cada operación un médico cobrará alrededor de 12.500 rupias (125 euros aproximadamente), una suma significativa en las zonas rurales. En algunos Estados como Andhra Pradesh la suma puede ser tan alta como 60.000 rupias (700 euros aproximadamente) para una operación (Chaudhuri, 2013). Para tener una dimensión relativa de lo que representa estas cirugías hay que tener presente que el salario medio mensual en la India es de 402 euros y el salario medio de un agricultor ronda los 280 euros. Las clínicas privadas con tarifas excesivas y arbitrarias han convertido a la histerectomía en un gran negocio que deja a las víctimas endeudadas y con enfermedades derivadas de las intervenciones (Zuccalá, 2020). Este esfuerzo monetario que afrontan las víctimas es asumido por el miedo que tienen a perder sus empleos (EFE, 2019). El coste de la histerectomía podría conducir a las familias a asumir un gasto sanitario excesivo que los lleve a situaciones extremas de crisis económica. Las políticas públicas y las autoridades sanitarias deberían garantizar algún mecanismo de regulación y control cuando las mujeres realizan pagos a proveedores privados de salud (Shekhar *et al.*, 2019).

La extirpación del útero y de ambos ovarios perjudica el sistema hormonal femenino. Por ello es recomendable preservar, en la medida de lo posible, los ovarios sanos para evitar una menopausia precoz, osteoporosis, salud cardiovascular y urogenital. La extirpación de ovarios junto al útero se recomienda en pacientes que podrían desarrollar cáncer de ovario (Khadilkar, 2020). En este sentido sería conveniente diseñar bases de datos y sistemas que recojan información sobre la dinámica de estas intervenciones para comprender mejor el fenómeno (Prusty *et al.*, 2018).

Las mujeres que sufrieron la extirpación de útero y ovarios pueden desarrollar complicaciones a corto y a largo plazo. En el momento de la cirugía pueden ocasionarse hemorragias que pongan en peligro la vida de la paciente. A largo plazo se pueden presentar complicaciones asociadas a disfunción sexual, incontinencia urinaria, reducción de la función cardiovascular y/o de la densidad ósea y aparición repentina de la menopausia provocando un desequilibrio hormonal que requiere tratamiento a largo plazo (Pulla, 2018). Estudios realizados en el año 2020 indican que la hipertensión se relaciona con las mujeres histerectomizadas y se recomienda que los profesionales sanitarios, obstetras y ginecólogos lleven una vigilancia en mujeres histerectomizadas con el objeto de comprender mejor la correlación entre la histerectomía y la hipertensión (Halli *et al.*, 2020b). Otros problemas que se reportan son relativos al estrés emocional y problemas psicosociales ya que, al verse afectada la capacidad de reproducción, sumado a la estigmatización social y desvalorización personal podría afectar la salud mental con depresiones severas (Acharya, 2017).

Una cuestión significativa es la ausencia de ética en los procedimientos médicos en la salud reproductiva de las mujeres que están atravesadas por cuestiones de economía y marketing. Algunos estudios indican que en la India el sistema de salud está impregnado por la corrupción y por prácticas no éticas. Las pacientes y sus familiares quedarían afectados por la falsa información sobre la salud femenina proporcionada por hospitales y profesionales sanitarios (Acharya, 2017). Los estudios indican que las histerectomías indiscriminadas ocurren principalmente en hospitales privados interesados por el rédito económico. Estos centros hospitalarios inducen y someten a las mujeres más vulnerables a estas cirugías (Mamidi y Pulla, 2013).

En ocasiones la libertad de elección y el consentimiento pleno e informado sobre decisiones que afectan a la salud y la fertilidad no se respetan lo cual constituye una vulneración de los derechos humanos. Un ejemplo significativo es un ensayo clínico de 50 mujeres histerectomizadas en Nueva Delhi donde el 92% no sabía qué tipo de histerectomía se le había realizado o qué tratamiento alternativo estaba disponible. Estudios similares en zonas rurales de Andhra Pradesh indican que el 97% de los casos en sectores privados no informaron a las mujeres sobre los posibles efectos secundarios de la extirpación de útero y ovarios (Desai, 2016). El conocimiento de la histerectomía y de la extirpación de ovarios que tienen las pacientes rurales es muy bajo. En los estudios de Jain y Pansare (2017) la mayoría de las pacientes indias (89,6%) desconocían si en el abordaje se iba a realizar cirugía abdominal o vaginal, y el 93,8% desconocía si existía extirpación ovárica asociada y no mostraban preocupación.

Las mujeres con escasa alfabetización son más propensas a la histerectomía. El hecho de suministrar más información sobre las posibles secuelas de la intervención y conocer otras alternativas terapéuticas les permitirían a las pacientes rurales adoptar decisiones con mayor conocimiento (Prusty *et al.*, 2018). Otro ejemplo se encuentra en la investigación realizada por Jindal *et al.* (2021) a 149 mujeres histerectomizadas en la que el 87,6% estimó que una mínima información le hubiese sido de gran ayuda para disponer sobre su cuerpo. Más allá de la agencia de las mujeres en la determinación para decidir, prácticas no éticas son reportadas por Mamidi y Pulla (2013) donde mujeres rurales son engañadas para someterse a una histerectomía aprovechando el analfabetismo, la vulnerabilidad y la pobreza de la paciente. En estas histerectomías no deseadas en el distrito de Medak se destaca el papel de las compañías de seguro, el sesgo de género y la falta de conducta ética en la profesión médica. Se hace evidente que se deben realizar mayores esfuerzos tendientes a mejorar y fortalecer los procesos de toma de decisiones de las pacientes con una efectiva comunicación por parte del personal sanitario. La información preoperatoria ayudaría a reducir los síntomas después de las cirugías ginecológicas (Jindal *et al.*, 2021). Algunos autores han resaltado el impacto positivo de la información preoperatoria en las percepciones sobre la histerectomía. Las mujeres que se sometieron a una histerectomía con información preoperatoria quedaron más satisfechas con los resultados de la cirugía. También fue un factor significativo en el proceso de la toma de decisiones (Jain y Pansare, 2017; Jindal *et al.*, 2021).

La problemática se sitúa en una sociedad en la que convergen diferentes sistemas (sanitario, económico, político...) donde el valor de la vida queda subordinado a la productividad y al incremento incesante de ganancias. En este sentido, en el contexto capitalista la fuerza laboral se obtiene mediante la violencia y el control corporal femenino, con lo cual la violencia institucional se transforma en un mecanismo eficaz y perfectamente coordinado para proporcionar mano de obra a los empresarios.

4. Conclusiones

Nos encontramos ante una situación extremadamente compleja en una sociedad caracterizada por un sistema patriarcal que otorga absoluta prioridad a las cadenas de producción agrícolas. En este contexto, se produce una flagrante violación de los derechos humanos en donde el sistema económico deja de estar al servicio de la sociedad para justamente, invertir la relación. Es decir, en este caso las mujeres quedan absolutamente subsumidas en el sistema capitalista imperante. La compulsiva opresión del sistema patriarcal y capitalista que recae sobre las mujeres que son explotadas laboralmente en las plantas agrícolas de caña de azúcar, arroz, maíz y algodón conduce a las masivas intervenciones de histerectomía cuyas motivaciones se encuentran, no ya en lo que se podría esperar que fuese la mejora de la salud, sino en el afán por el constante incremento de beneficios. El sistema patriarcal y capitalista ejerce un férreo control sobre la producción y reproducción. Las corporalidades femeninas son manipuladas para incrementar la rentabilidad de los empresarios y de los sistemas sanitarios. El perfil de las víctimas de este sistema son mujeres jóvenes, explotadas laboralmente, analfabetas, rurales, con bajos ingresos que no disponen de seguro médico. Estas características generan una indefensión en las víctimas que permanecen olvidadas y oprimidas por un sistema que vulnera los derechos reproductivos de las mujeres.

Para mejorar la situación actual y disminuir las histerectomías coercitivas es necesario abordar las deficiencias del sistema sanitario en salud reproductiva y empoderar a las mujeres. La población acude a los sistemas sanitarios depositando su confianza y reforzando la idea de que el personal médico le solucionará todos sus padecimientos, pero encuentran victimizadas por el sistema de creencias, el sistema capitalista y el sistema sanitario. Los avances médicos ofrecen constantes posibilidades y soluciones para afrontar problemas de salud y la histerectomía como tal puede salvar vidas, por ejemplo, ante cánceres de útero u ovarios. Sin embargo, la extirpación de útero también se usa para dominar a las mujeres vulnerables con el fin de colocarlas al servicio del sistema capitalista.

Es indispensable ubicar la atención médica en una perspectiva de derechos humanos, con un enfoque de género y empoderar a los sectores más vulnerables, como las mujeres de bajo recursos, para tomar decisiones que afectan a su propio cuerpo. Es fundamental mejorar los mecanismos de comunicación médico-paciente y que la paciente cuente con la mayor cantidad de información posible, basada en la evidencia científica, para que pueda adoptar la mejor decisión para su salud.

Por ello, es urgente que, desde las instituciones, organismos y asociaciones, se garantice y estimule la formación y el reciclaje de los profesionales sanitarios en temas de ética, de género basado en los derechos de las mujeres y una formación actualizada en salud sexual y reproductiva. Los profesionales sanitarios necesitan una constante capacitación y sensibilización de la problemática. Se hace evidente la necesidad de una agenda de salud para las mujeres en la India que resalte la urgente necesidad de mejora en la atención de los servicios ginecológicos. Las políticas públicas sanitarias deberían desarrollar programas y políticas basadas en la evidencia y mejorar el acceso a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, así como activar la vigilancia y las auditorías médicas para promover acciones de transparencia y calidad en el servicio sanitario. Este conjunto de medidas e intervenciones se orientarían a mejorar la salud reproductiva de las mujeres en la India.

Referencias bibliográficas

- Acharya, S. K. (2017). Womb, womanhood and medical ethics: Concern about rising hysterectomy cases in India, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 0, 1-2. <http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2016-101649>
- Aristegui Noticias. (2020). *Esterilizaciones y otros abusos, sombras de los centros de detención de migrantes en EE.UU.* Redacción AN / MDS. Recuperado el 26 de diciembre de 2021, de: <https://bit.ly/3tRbsDo>
- Ballón Gutiérrez, A. (2014a). El caso peruano de esterilización forzada. Notas para una cartografía de la resistencia. *Aletheia*, 5(9).
- (2014b). *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*. Fondo Nacional de la Biblioteca Nacional del Perú.

- Barua, A. y Kur, K. (2001). Reproductive health-seeking by married adolescent girls in Maharashtra, India. *Reproductive Health Matters*, 9, 53-62. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(01\)90008-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(01)90008-4)
- Brown, M., y Tucker, K. (2018). Esterilizaciones forzadas, narrativa participativa y contramemoria digital en el Perú. *Conexión*, 7, 55-80.
- Chatterjee, P. (2019). Hysterectomies in Beed district raise questions for India. *The Lancet*, 394, 202. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31669-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31669-1)
- Chaudhuri, M. (2013). Women's groups and fertility experts campaign to reduce prevalence of hysterectomy in India. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7551>
- Desai, S. (2016). Pragmatic prevention, permanent solution: Women's experiences with hysterectomy in rural India. *Social Science & Medicine*, 151, 11-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.046>
- Desai, S., Campbell, O. M., Sinha, T., Mahal, A. y Cousens, S. (2017). Incidence and determinants of hysterectomy in a low-income setting in Gujarat, India. *Health Policy and Planning*, 32, 68-78. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw099>
- Desai, S., Shukla, A., Nambiar, D. y Ved, R. (2019). Patterns of hysterectomy in India: a national and state-level analysis of the Fourth National Family Health Survey (2015-2016). *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126, 72-80. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15858>
- Desai, S., Sinha, T. y Mahal, A. (2011). Prevalence of hysterectomy among rural and urban women with and without health insurance in Gujarat, India. *Reproductive Health Matters*, 19, 42-51. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)37553-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)37553-2)
- EFE. (2019). Cientos de mujeres se extirpan el útero para no perder su empleo en la India. *20 minutos*. Recuperado el 30 de diciembre de 2021 de: <https://www.20minutos.es/noticia/3679357/0/cientos-de-mujeres-se-extirpan-el-utero-para-no-perder-su-empleo-en-la-india/>
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de sueños.
- Halli, S. S., Prasad, J. B., y Biradar, R. A. (2020a). Increased blood glucose level following hysterectomy among reproductive women in India. *BMC Women's Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01075-6>
- , Singh, D. P. y Biradar, R. A. (2020b). Increased hypertension following hysterectomy among reproductive women in India. *American Journal of Preventive Cardiology*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2020.100131>
- Jain, S. y Pansare, S. S. (2017). Perceptions of Indian women on hysterectomy. *International Journal of Reproduction Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6, 4646-4651. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20174457>
- Jeejeebhoy, S. J. (1998). Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India. *Social Sciences and Medicine*, 46, 1275-1290. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10056-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10056-9)
- Jindal, M., Naik, V. R., Sahasrabhojane, M., Cacodcar, J., Kulkarni, M. S. y, Naik, S. (2021). Study on awareness, perceptions, experiences in decision process of hysterectomy in women presenting to Goa Medical College. *International Journal of Reproduction Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10, 1089-1094. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20210740>
- Khadilkar, S. (2020). Does Saving Uterus Save Ovaries? *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 70, 99-102. <https://doi.org/10.1007/s13224-020-01308-6>
- Kluchin, R. (2021). How Should a Physician Respond to Discovering Her Patient Has Been Forcibly Sterilized, *AMA Journal of Ethics*, 23(1), 18-25. <http://dx.doi.org/10.1001/amajethics.2021.18>
- Mamidi, B. B. y Pulla, V. R. (2013). Hysterectomies and Violation of Human Rights: Case Study from India. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*, 1, 64-75. Recuperado el 30 de diciembre de 2021, de: https://researchoutput.csu.edu.au/ws/portalfiles/portal/8872114/Bhushan_Pulla_HRPUB.pdf
- Martínez Gandolfi, A. (2021). *La Atención Primaria de la salud en Sociedades Rifeñas de la Provincia de Ávila: una perspectiva desde la Antropología Médica*. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español. Universidad Autónoma de Madrid.
- McGivering, J. (2013). The Indian women pushed into hysterectomies. *BBC News*. Recuperado el 30 de diciembre de 2021, de: <https://www.bbc.com/news/magazine-21297606>
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16: e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Mulrow, C. D. (1994). Rationale for systematic reviews, *BMJ*, 309(6954): 597-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6954.597>
- OMS. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra, Suiza. Recuperado el 25 de diciembre de 2021, de: <https://bit.ly/36BpT5E>
- Prusty, R. K., Choithani, C. y Gupta, S. D. (2018). Predictors of hysterectomy among married women 15–49 years in India. *Reproductive Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0445-8>

- Pulla, V. R. (2018). Unwanted Hysterectomies in India: Paid by Public Insurance Schemes. *Space and Culture*, India, 6, 1-6. <https://doi.org/10.20896/saci.v6i1.330>
- Reilly, P. R. (2015). Eugenics and Involuntary Sterilization: 1907–2015. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 16, 351–358. <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-090314-024930>
- Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A. (2021a). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211–212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- (2021b). La violencia obstétrica negada en España, *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.09.008>
- Sardeshpande, N. (2014). Why do young women accept hysterectomy? Findings from a study in Maharashtra, India. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 8, 579–585. Recuperado el 30 de diciembre de 2021, de: <http://www.ijias.issr-journals.org/abstract.php?article=IJIAS-14-216-09>
- Shekhar, C., Paswan, B., y Singh, A. (2019). Prevalence, sociodemographic determinants and self-reported reasons for hysterectomy in India. *Reproductive Health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0780-z>
- Singh, A. y Govil, D. (2021). Hysterectomy in India: Spatial and multilevel analysis. *Women's Health*, 17, 1–13. <https://doi.org/10.1177/17455065211017068>
- Singh, S., Sharma, S., y Siddhanta, A. (2020). Major correlates and socioeconomic inequalities in hysterectomy among ever-married women in India. *Indian Journal of Community Medicine*, 45, 12–17.
- Skea, Z., Harry, V., Bhattacharya, S., Entwistle, V., Williams, B., MacLennan, G., y Templeton, A. (2004). Women's perceptions of decision-making about hysterectomy. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 133–142. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.00027.x>
- Stern, A. M. (2006). Esterilizadas en Nombre de la Salud Pública: Raza, Inmigración y Control Reproductivo en California en el Siglo XX. *Salud Colectiva*, 2(2), 173–189. Recuperado el 30 de diciembre de 2021, de: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73120206.pdf>
- Tarducci, M. (2001). Estudios feministas de religión: una mirada muy parcial, *cadernos pagu*, 16, 97–114.
- Van den Bogaert, A. (2017). Los fluidos y el concepto de impureza: género y castas en el Himalaya indio, *Ankulegi* 21, 11–22.
- Zuccalá, E. (2020). La tierra de las mujeres sin útero. *El País*. Recuperado el 30 de diciembre de 2021 de: <https://elpais.com/planeta-futuro/2020-12-10/la-tierra-de-las-mujeres-sin-utero.html>

Breve CV de los autores/as

María Alejandra Martínez Gandolfi es Doctora en Ciencias Humanas (UAM), Licenciada en Medicina y Cirugía (Universidad Nacional de La Plata, Argentina), Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Vía MIR) y Título propio de Primer Grado de Especialización en Genética Clínica (Universidad Alcalá de Henares). Actualmente es médica en atención primaria (SACyL, Junta Castilla y León) y profesora honoraria por la Universidad Autónoma de Madrid.

Javier Rodríguez Mir es Doctor en Antropología Social (UAM), Máster en Estudios Amerindios (UCM), especialista en Cultura, sociedad y desarrollo en América Latina (UAM) y Diplomado Educación para la Salud Pública (Asociación de Enfermería, Valencia, España). En la actualidad es profesor en la Universidad Autónoma de Madrid.

Declaración de autoría CRediT

Conceptualización: A.M.G., J.R.M.; Metodología: A.M.G.; Investigación: J.R.M.; Redacción (borrador original): A.M.G., J.R.M.; Redacción (revisión y edición): A.M.G., J.R.M.