

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.1 - 2009 - pp.11-29 / www.sexualidadsaludysociedad.org

La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano

Mara Viveros Vigoya

Doctora en Ciencias Sociales
Profesora Asociada, Facultad de Ciencias Humanas
Universidad Nacional de Colombia

> mviverosv@bt.unal.edu.co

La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano

Resumen: En este artículo se busca analizar la esterilización masculina como una decisión que se construye y cobra sentido en un contexto relacional. En primer lugar, se sitúa esta práctica en el contexto de las políticas y programas de planificación familiar en Colombia y de las orientaciones de las instituciones que realizan estos procedimientos quirúrgicos. En segundo lugar, se analiza el papel que desempeñan en la decisión de la vasectomía las compañeras afectivas, los profesionales de la salud involucrados en la difusión y en la intervención quirúrgica y el grupo de pares, particularmente los hombres que ya han vivido esta experiencia. Por último, se plantean algunas reflexiones en torno a los alcances y límites de esta decisión en relación con las trayectorias anticonceptivas y reproductivas de las parejas: ¿representa la vasectomía una inflexión real en estas trayectorias? ¿Constituye un avance en la democratización de la esfera de la intimidad y en el ejercicio de los derechos reproductivos de hombres y mujeres?

Palabras claves: esterilización masculina; reproducción; anticoncepción; salud sexual y reproductiva; Colombia

A esterilização masculina. Um ponto de mudança nas trajetórias anticonceptivas e reprodutivas? Reflexões a partir de um estudo de caso colombiano

Resumo: Neste artigo busca-se analisar a esterilização masculina como uma decisão que se constrói e ganha sentido no marco de um contexto relacional. Em primeiro lugar, situa-se esta prática no contexto das políticas e dos programas de planejamento familiar na Colômbia e das orientações das instituições que realizam estes procedimentos cirúrgicos. Em segundo lugar, analisa-se o papel que desempenham na decisão da vasectomia as companheiras afetivas, os profissionais da saúde envolvidos na difusão e na intervenção cirúrgica e o grupo de pares, particularmente os homens que já viveram esta experiência. Por último, são apresentadas algumas reflexões em torno dos alcances e dos limites desta decisão em relação às trajetórias anticoncepcionais e reprodutivas dos casais: representa a vasectomia uma mudança real nestas trajetórias, constitui ela um avanço na democratização da esfera da intimidade e no exercício dos direitos reprodutivos de homens e mulheres?

Palavras-chave: esterilização masculina; reprodução; contracepção; saúde sexual e reproductiva; Colômbia

Male sterilization: a point of inflection in the contraceptive and reproductive trajectories? Reflections from a Colombian case study

Abstract: This article analyzes masculine sterilization as a decision that is based on and charged with meanings within a relational context. First, it examines this practice within the context of Colombian family planning policies and programs and the guidance offered by institutions that provide these surgical procedures. Secondly, it analyzes the role of female sentimental partners in the decision to have a vasectomy, the health professionals involved in the promotion and carrying out of the surgery and peer groups of men who have lived through this experience. Finally, this article reflects on the scope and limits of this decision in relation to couples' contraceptive and reproductive histories; does it constitute an advance in the democratization of intimacy and in the expression of men and women's reproductive rights?

Keywords: masculine sterilization; reproduction; contraception; sexual and reproductive health; Colombia

La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano¹

Introducción

El recurso a la vasectomía como método anticonceptivo, por ser una práctica que se realiza en el cuerpo masculino, es un objeto de análisis privilegiado para explorar las formas que adopta la presencia de los hombres en el ámbito de la salud reproductiva. El interés puesto en este tema nace de la necesidad de romper con la inmediata asociación que se establece entre la reproducción y su regulación, y las mujeres y lo femenino. Surge, también, del deseo de introducir el tema de la participación masculina en la anticoncepción, tanto en los análisis de la salud sexual y reproductiva² como en los debates ciudadanos (cf. Amuchástegui, 2007).

La reproducción humana es un ámbito en el cual se manifiestan de forma muy aguda las desigualdades de género. Para las mujeres, estas desigualdades se traducen en numerosos y diversos obstáculos en las decisiones sexuales y reproductivas, en la presión que reciben para conformarse a las expectativas sociales relacionadas con la maternidad, y en la orientación casi exclusiva de los programas de planificación familiar y de los estudios de salud reproductiva hacia éstas últimas. Para los hombres, se expresan en su débil participación en la contracepción y en la atención del parto, en el menor desarrollo de la tecnología anticonceptiva masculina, y en su invisibilidad en los análisis de las decisiones contraceptivas y/o reproductivas.

Desde hace algunos años ha surgido un nuevo interés por el papel que desempeñan los varones en las decisiones reproductivas y un cuestionamiento del énfasis casi exclusivo en las mujeres en la investigación en salud reproductiva (Amuchástegui, 2007; Castro, 1998; Figueroa, 1997; 1998; Fuller, 2001. Gutmann, 1993, 2004 y 2007a y b; Kalckmann, 1998; 1995; Gomensoro et al., 1995; Salcedo, 1995; Valdés & Olavarría, 1998; Viveros et al., 1998; Viveros, 1999; 2000). Algunos denominadores comunes de estos estudios son los siguientes: todos buscan

¹ Este artículo ha sido escrito a partir de varios artículos anteriores de la autora sobre el tema (véanse las referencias bibliográficas).

² Después de la Conferencia sobre Población y Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo, en 1994, la OMS adoptó la siguiente definición de salud reproductiva: “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o deterioro, en todo lo concerniente al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Esto conlleva la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear y la libertad para hacerlo” (CIPD, 1994).

hacer visible la presencia del varón en un ámbito tradicionalmente adscrito a las mujeres, y muchos de ellos muestran que la participación de los varones en los distintos eventos reproductivos (anticoncepción, aborto, esterilización, paternidad, etc.) está influenciada por sus valores en relación con la sexualidad.

A través de estos distintos estudios se percibe el desfase todavía existente entre la adopción de un discurso moderno, que preconiza una participación del varón en las decisiones reproductivas, y la construcción de nuevas prácticas de género sobre bases más democráticas y equitativas. Si bien la política oficial de las agencias gubernamentales y no gubernamentales ha buscado, a partir de las conferencias sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres en Beijing en 1995, propiciar la participación masculina en la regulación de la fertilidad y en las prácticas sexuales sin riesgo de embarazo o enfermedad, los logros en esta materia siguen siendo escasos. La pretensión de los programas de planificación familiar de asegurar una mayor equidad de género en las decisiones sexuales, anticonceptivas y reproductivas, no podrá convertirse en realidad mientras las políticas y programas no incorporen la idea de que la anticoncepción conlleva un proceso de interacción y negociación entre varones y mujeres, que se produce en un contexto social modelado por las relaciones de género en sus dimensiones simbólicas, normativas, institucionales y subjetivas.

Por tal razón, el análisis de la participación masculina en la anticoncepción exige tener en cuenta las implicaciones de las construcciones sociales de feminidad y masculinidad en las expectativas, comportamientos y actitudes de los hombres frente a la sexualidad y la anticoncepción (Givaudan et al., 2000), y las estructuras y redes de relaciones sociales en las cuales se inscriben las prácticas sexuales y reproductivas. Supone igualmente efectuar el análisis del entorno institucional de los servicios anticonceptivos y de la falta de opciones anticonceptivas para varones, producto de una oferta farmacéutica limitada y un desinterés estatal en métodos masculinos distintos al condón (Gutmann, 2004). Deben considerarse también el papel de los médicos como proveedores de servicios de salud, las relaciones de poder entre prestadores y usuarios de servicios de salud reproductiva, la constitución de la práctica médica como autoridad moral en los contextos de reproducción y sexualidad, y los contenidos discursivos de las instituciones que no motivan el interés de los hombres en la anticoncepción en general –y menos aún en la vasectomía– (Givaudan et al. 2000).

Con base en estas consideraciones, en este artículo se presenta, a partir de un estudio de caso colombiano, la esterilización masculina como una decisión anticonceptiva que se asume en un contexto social marcado por unas relaciones de género asimétricas y la influencia de la industria farmacéutica, la Iglesia Católica y los medios de comunicación. Este contexto define y limita además las opciones

anticonceptivas de varones y mujeres, los modelos de masculinidad y feminidad, el significado de la paternidad y la maternidad, y sus relaciones con la sexualidad y el deseo. Por último, la toma de la decisión de practicarse una vasectomía es entendida, no como un resultado sino como un proceso participativo que se construye en el tiempo, en la interacción con los “otros significativos” (la compañera, el grupo de pares, los prestadores de servicios de salud) y en los distintos ámbitos en los cuales se desarrolla la vida del sujeto y de la pareja.

El primer objetivo de este trabajo es situar la práctica de la esterilización masculina en el contexto de las políticas y programas de planificación familiar en Colombia, y de las orientaciones de las instituciones que realizan estos procedimientos quirúrgicos. El segundo objetivo es describir el proceso de la toma de esta decisión y la participación de diferentes actores sociales en ese proceso. El tercer objetivo es examinar las motivaciones que conducen a un hombre a escoger la vasectomía como método anticonceptivo, teniendo en cuenta que es una opción a la que acuden los hombres en circunstancias muy particulares, una determinada edad, un cierto número de hijos, una maternidad desaconsejada por motivos médicos, etc. Este trabajo, desarrollado en el marco de los estudios recientes en salud sexual y reproductiva, apunta a superar las visiones estrechas sobre la reproducción que ignoran la incidencia de los factores sociales, económicos, institucionales y culturales en ella, y limitan su comprensión a la de la regulación y control de la fecundidad.

La esterilización masculina en Colombia

Desde los años 1950, los efectos del crecimiento acelerado de la población sobre el desarrollo económico despertaron numerosas inquietudes, en distintas organizaciones internacionales. Las soluciones propuestas a este fenómeno dejaron muy pronto de ser una reflexión sobre los objetivos y las estrategias del desarrollo económico y social para convertirse en la planeación de una serie de acciones puntuales de control de la fecundidad de la población. La alianza entre entidades como la IPPF (International Planned Parenthood Federation) y la administración estadounidense, preocupada por la «bomba poblacional» y el «subdesarrollo» del subcontinente latino-americano, propició la fundación de instituciones privadas de planificación familiar en numerosos países latinoamericanos (De Zordo, 2008). Las ayudas del gobierno norteamericano para el desarrollo se vieron entonces condicionadas a la aceptación de la intervención de las agencias de planificación familiar: quienes no admitían esta intervención no recibían apoyo financiero para el desarrollo.

En este contexto aparecen diversas asociaciones privadas que promueven la planificación familiar buscando poner a disposición del mayor número de personas, principalmente de bajos recursos, los métodos anticonceptivos llamados “modernos”. Colombia es, junto a México, uno de los países latinoamericanos en que más se despliegan los programas de anticoncepción, facilitando el recurso creciente a la planificación familiar y favoreciendo –y acelerando– la transición demográfica en el país. Con una Iglesia Católica muy influyente y valores profundamente tradicionales en relación con el género, el desarrollo de actitudes favorables a una disminución del tamaño de la familia no fue una tarea fácil. A pesar de todo, en el curso de los últimos 40 años Colombia experimentó una serie de cambios sociales y culturales, relativos al rol de las mujeres y al número de hijos, que puede asociarse a una creciente integración de la mujeres en la estructura productiva del país, al aumento de los niveles educativos de la población (particularmente femenina), a las reformas legislativas y al desarrollo del movimiento social de mujeres en sus distintas vertientes (Valdés y Gomáriz 1993). Desde mediados de los años ‘70, la fecundidad se redujo considerablemente en las mujeres urbanas y algunos años más tarde en las mujeres rurales. Entre el inicio de los años ‘50 y los años ‘90 el promedio de hijos de las mujeres colombianas pasó de 7 a 3 (Flórez, 2000) y durante los 10 últimos años disminuyó a 2,5 (PROFAMILIA, 2005).

La planificación familiar comienza a ser implementada en Colombia a mediados de los años ‘60, con la creación de la agencia privada llamada PROFAMILIA y, en menor medida, con los programas de salud materno-infantil del Ministerio de la Salud. La baja cobertura asegurada por el Estado colombiano en este campo explica el predominio de las acciones de PROFAMILIA hasta hace pocos años. Sólo con la llegada de la ley 100 de 1993, que reorganiza el sistema general de seguridad social en Colombia, los organismos del Estado se han visto obligados a incluir en sus servicios la planificación familiar y la anticoncepción. Cabe anotar además que no fue sino hasta marzo de 2007 que el Ministerio de Protección Social incluyó, además de la esterilización femenina, la vasectomía como parte del POS (Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado).

La esterilización masculina se efectúa por primera vez en Colombia en PROFAMILIA, en 1971. Mientras el primer programa de esterilización quirúrgica tuvo inicialmente poca aceptación entre la población masculina, el de ligaduras de trompas, por el contrario, fue exitoso desde el principio. Con la apertura de las Clínicas para el Hombre en 1985 en Bogotá, Medellín y Cali, aumentó considerablemente el número de esterilizaciones masculinas realizadas. Si en los primeros 15 años se efectuaron 10.312 vasectomías, entre 1985 y 1995 se practicaron 40.686, de las cuales un 40% se realizó en Bogotá (Profamilia, 1995). Llama la atención, sin embargo, la baja proporción de esterilizaciones masculinas (5%) en relación con el total de esterilizaciones

de ambos sexos realizadas por PROFAMILIA desde el inicio de su programa. Con 45.183 cirugías practicadas en total en el país durante el año 2006, la esterilización femenina pasó de un 17.5% en el año 2000 al 20.6% en 2005, mientras que la vasectomía pasó de un 0.6% a 1.1% en el mismo período (ENDS / Encuesta Nacional de Demografía y Salud). Pese al notable aumento en números absolutos, es sorprendente el bajo porcentaje de vasectomías, teniendo en cuenta que es un método tan eficaz como la esterilización femenina, técnicamente más sencillo y sin riesgos biológicos reconocidos. Por otra parte, según la última ENDS, la esterilización femenina es el método más utilizado por el conjunto de mujeres y hombres, mientras los menos utilizados son los implantes hormonales y la esterilización masculina.

Las orientaciones sexistas de las políticas y los programas de los organismos prestatarios de este tipo de servicios han tenido cierta incidencia en estas decisiones. Un estudio realizado en una de las principales instituciones de salud en México hace más de una década (Figueroa, 1998) mostró con gran agudeza las diferencias en las reacciones que suscitan la ligadura de trompas y la vasectomía en el personal médico. Mientras la primera no despierta prácticamente ninguna reticencia ni contraindicación, no sucede lo mismo con la segunda. Aunque en Colombia no existen estudios de este tipo, se puede pensar, teniendo en cuenta el elevado número de ligaduras de trompa practicado desde los inicios del programa de esterilización y el débil porcentaje de vasectomías, que los organismos prestatarios de estos servicios en Colombia no son muy distintos de los mexicanos. Si bien se han desarrollado algunas estrategias para involucrar al varón en el ámbito de la reproducción, éstas parecen haber estado más orientadas por la búsqueda de una mayor efectividad demográfica que por la promoción de una mayor participación masculina en las prácticas anticonceptivas.

Por otra parte, la naturaleza de las relaciones entre prestadores y usuarios puede haber contribuido también a mantener el bajo porcentaje de esterilizaciones masculinas. Las entrevistas realizadas con los proveedores del servicio de vasectomía en PROFAMILIA (Viveros, 2002) nos aportan informaciones muy útiles para analizar las relaciones entre prestadores y usuarios. Vale la pena señalar que la Clínica del Hombre de PROFAMILIA ha intentado favorecer la relación entre orientadores y usuarios, eliminando las deficiencias más comunes en la prestación de sus servicios de planificación familiar, como los horarios de atención a los usuarios, las formalidades administrativas y la falta de privacidad de las consultas. Sin embargo, el objetivo mismo de la orientación –la selección de un método anticonceptivo– no permite que el usuario exprese sus verdaderas necesidades y temores, no siempre ligados al método que va a escoger. La respuesta de los orientadores, planteando que los temores expresados no tienen fundamento científico, puede ser a veces correcta pero no ayuda mucho a resolver las inquietudes personales del usuario.

El orientador adopta con el usuario un tono pastoral y pedagógico. Por una parte guía y orienta al usuario hacia una “buena” decisión para él, y por la otra enseña lo que se supone no sabe el paciente (aprovecha cada orientación para hacer “docencia”). Es decir, remite al usuario al lugar del que no sabe (ignorante) y del que no tiene criterios suficientes para tomar una decisión adecuada para él (inmaduro). Esta actitud de los orientadores puede relacionarse con el papel desempeñado por los prestadores de servicios de salud en la normatividad de la sexualidad y la reproducción. Como lo plantea Rodolfo Tuirán (1988), a través de lo que éstos dicen o callan, están comunicando la visión legítima de las formas aceptables de llevar una vida sexual y reproductiva. La relación entre el usuario y el profesional esconde una relación de poder en la cual los juicios y el conocimiento inherentes a la práctica profesional se convierten en reglas establecidas que les confieren la autoridad del saber y la de la moral.

Esta actitud pedagógica de los orientadores está muchas veces en contradicción con lo que ellos mismos reportan al ser interrogados sobre el proceso de decisión de quienes se practican una vasectomía. Uno de los orientadores entrevistados nos comentó al respecto:

Antes de decidir hacerse una vasectomía el hombre viene al servicio y le pregunta a uno, pero cuando viene ya por lo menos ha leído, le ha preguntado a otra persona y muchos de ellos ya han acudido a un médico antes de venir acá. O sea que son personas que rondan mucho todos los aspectos de la vasectomía antes de tomar una decisión.

Vale la pena subrayar que el grado de relación del orientador con el usuario es muy superficial, si se considera el limitado tiempo que se le destina a una entrevista (15-20 minutos por lo general), el tipo de preguntas que se formula y el carácter unívoco de la comunicación que se desarrolla alrededor de un guión predeterminado que podría resumirse de la siguiente forma: i) información sobre fisiología y anatomía del aparato reproductor masculino; ii) exposición de todos los métodos anticonceptivos, tanto temporales como definitivos; iii) advertencia sobre el carácter definitivo de la vasectomía, explicación del procedimiento quirúrgico y repercusiones que la utilización de dicho método tiene sobre algunos aspectos de la vida individual y de pareja (la familia, la sexualidad, el cuerpo); iv) cuidados particulares que se deben tener, previos y posteriores a la intervención; v) exposición de los servicios y programas que PROFAMILIA y la Clínica del Hombre disponen para el conjunto de los usuarios.

Esta manera de estructurar la orientación responde a la demanda de la institución, implícita o explícita, de garantizar la eficacia del servicio (contribuyendo al logro de ciertos objetivos demográficos), y de evitar el riesgo de una implica-

ción afectiva excesiva de parte del orientador. La organización de la prestación de servicios de planificación familiar no está diseñada para estimular una toma de decisiones anticonceptivas autónoma en la población, sino para orientarla hacia una elección contraceptiva que permita cumplir las metas institucionales de cobertura buscada. Tampoco tiene en cuenta las dimensiones sociales, culturales y psicológicas presentes en el comportamiento reproductivo de las poblaciones. En consecuencia, el alcance de sus actividades se limita a brindar un servicio que posibilite la reproducción en condiciones saludables, sin buscar incidir en los factores sociales y culturales que determinan en buena medida el nivel de salud sexual y reproductiva de la población y su comportamiento reproductivo (Figueroa, 1994).

Veamos a continuación cuáles son las dinámicas conyugales que se crean en torno a esta decisión contraceptiva.

Relaciones conyugales y recurso a la vasectomía

El ámbito privilegiado en el cual se toman las decisiones anticonceptivas es el de la vida conyugal (C. Browner *apud* Gutmann, 2004). A su interior se genera buena parte de las demandas, necesidades y deseos que llevan a optar por uno u otro método contraceptivo. Si bien es cierto que estas decisiones se enmarcan en las relaciones de poder que constituyen la pareja, es importante subrayar el carácter relacional del poder. En este sentido, el poder no es, según el análisis de Foucault (1980; 1991), una característica constitutiva de una institución o persona, sino una situación que implica resistencias, acomodados y compensaciones. Esta concepción del poder es fundamental para captar las negociaciones³ y desacuerdos que se generan al interior de una pareja frente a una decisión reproductiva.

Las interacciones conyugales se dan siempre en un contexto social y discursivo particular. En el caso analizado, el de las parejas residentes en Bogotá, es necesario considerar las transformaciones que se han dado en las relaciones de género en Colombia en las últimas décadas, como resultado de la incorporación masiva de las mujeres al empleo remunerado, del surgimiento de nuevos modelos familiares y de la circulación de discursos igualitaristas transmitidos por las instituciones educativas y los medios de comunicación. Estos cambios son el telón de fondo sobre el cual se proyectan las negociaciones en torno a la elección de un método anticonceptivo.

³ La utilización del término “negociaciones” supone que cada uno de los miembros de la pareja reconoce al otro como interlocutor y que éstas sugieren una lógica dialógica.

Del análisis de las respuestas de los miembros de las parejas, entrevistados por separado,⁴ podemos inferir la existencia de dos grandes momentos en esta decisión: el de la iniciativa y el de la adopción del método propiamente dicho. En el momento inicial, las mujeres desempeñan un papel primordial, estratégico. En general son ellas quienes recogen la primera información sobre el conjunto de métodos existente en el mercado y quienes establecen un panorama bastante completo de las implicaciones de las elecciones de tal o cual método. Esta situación se explica por la delegación histórica en las mujeres de las responsabilidades ligadas a la salud de los miembros de su familia y, en particular, de los asuntos reproductivos. Las visitas regulares de consulta o control a los centros prestadores de servicios de salud en general y de salud reproductiva en particular ubican a las mujeres en un lugar privilegiado para acceder a la información. Por otra parte, en los organismos de salud la oferta de servicios y de información está esencialmente orientada hacia las mujeres.

Sólo en algunos de los casos estudiados la iniciativa frente a esta decisión fue asumida por los varones: se trata de las parejas en las cuales los hombres están muy familiarizados con la información de los métodos anticonceptivos, por motivos generalmente profesionales. Pero en conjunto, el estudio muestra que las iniciativas en relación con la anticoncepción son más un asunto femenino que masculino, y que es sólo a través de ciertos espacios y tiempos particulares en la convivencia conyugal que empiezan a concernir también a los hombres.

El recurso a la vasectomía es presentado por la mayoría de los hombres entrevistados (8 de 10) como una medida que se elige en forma estrictamente individual, lo cual parece bastante lógico si consideramos que es una decisión sobre una práctica que se realiza en el cuerpo masculino. Sin embargo, cuando se relaciona esta información con los motivos de la decisión invocados por hombres y mujeres, puede observarse que, en la mayoría de casos analizados, el mal estado de salud de la compañera y el número elevado de hijos no permitían escoger otro método anticonceptivo. En este sentido, la elección masculina no es tan independiente ni tan personal como ellos desean presentarla.

En cuanto al momento de ejecución de la decisión, encontramos situaciones muy diversas, relacionadas con niveles variables de confianza y certeza. El hecho de que los hombres lleguen a la cita quirúrgica habiendo tomado la decisión no

⁴ Las parejas se entrevistaron en el marco de una investigación titulada "Las representaciones y prácticas sociales de la esterilización masculina. Un estudio de caso en Bogotá", que formó parte del subprograma de investigaciones del Programa de Género, Mujer y Desarrollo de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia (1999).

impide que subsistan en ellos preguntas y dudas sobre los efectos de la operación. En esta etapa, la compañía de las mujeres puede ser apaciguadora y tranquilizante para muchos hombres. Los orientadores describen como un aspecto positivo el acompañamiento que las mujeres brindan al hombre en el momento de la operación.

El tiempo que transcurre entre el momento en que se piensa en la vasectomía como un método anticonceptivo deseable y el momento de su ejecución, depende de las consideraciones que hayan llevado a la pareja a optar por un método anticonceptivo definitivo; de la familiaridad con las reflexiones y decisiones reproductivas; del nivel y de la calidad de la comunicación al interior de la pareja. Para ciertas parejas este lapso es muy corto, mientras para otras el proceso dura entre tres y cuatro años. La proximidad de los cónyuges, la posibilidad de una comunicación fluida de preguntas y dudas, y la aprobación de esta opción por parte la compañera, son elementos esenciales para la legitimación y activación del proceso de decisión.

Las diez parejas que entrevistamos viven juntas desde hace catorce años en promedio, todos los hombres tienen más de 40 años y la edad de las mujeres varía entre 33 y 41 años. El número de hijos oscila entre uno y cuatro, si bien la mayoría de las parejas tiene tres. Los niveles de escolaridad son muy diversos, de 5 a 18 años de estudio, para un promedio de 13 años para la población analizada. En cuanto a su nivel socio-económico, cuatro de las diez parejas forman parte de lo que en Colombia llaman «sectores populares»; sin embargo, ninguna vive en situación de extrema pobreza, todas son propietarias de su vivienda. Las seis parejas restantes pertenecen a la clase media, han hecho estudios superiores (en tres de estas parejas alguno de los cónyuges ejerce una profesión médica o paramédica).

Sus trayectorias anticonceptivas y reproductivas fueron reconstruidas a partir de entrevistas que buscaban, en primer lugar, identificar los nexos entre la decisión de la vasectomía, las experiencias de los miembros de la pareja en distintos ámbitos (profesional, relacional, conyugal etc.) y los valores a los cuales se refiere esta elección anticonceptiva. En segundo lugar, la entrevista pretendía explorar el proceso de la decisión, los acuerdos y desacuerdos que generaba al interior de la pareja, etc. Las entrevistas fueron desarrolladas con cada uno de los miembros de la pareja por separado, lo que permitió determinar las coincidencias, divergencias y contradicciones entre sus respuestas. El proceso de la decisión fue abordado desde una perspectiva biográfica, considerando que este tipo de enfoque posibilita relacionar este evento con los distintos acontecimientos que puntúan las trayectorias sociales de una pareja, poniendo en evidencia la complejidad que caracteriza los intercambios entre los distintos actores sociales presentes en esta decisión.

Resultados de investigación

A diferencia de otros países en que la esterilización masculina quirúrgica es realizada por personal paramédico, en Colombia esta intervención es practicada por médicos especializados en urología. La vasectomía es presentada por los proveedores de servicios como un método fácil e inofensivo y como una opción de planificación “liberadora” que, al eliminar el temor al embarazo, propicia el disfrute de la sexualidad conyugal. Se propone además como un método anticonceptivo apto para hombres “racionales”, “modernos” y “civilizados” que encarnarían un tipo de hombría más adecuado a los requerimientos de la sociedad contemporánea.

El énfasis institucional en la calidad médica y humana del servicio ha sido un mecanismo utilizado para incrementar la demanda de un procedimiento en un contexto social como el colombiano, en el cual las decisiones reproductivas han sido –y siguen siendo– fundamentalmente una responsabilidad femenina. Baste recordar que hasta la mitad de la década del noventa, momento en que comienza a institucionalizarse en Colombia el concepto de salud sexual y reproductiva, las políticas y programas de anticoncepción privilegiaron a las mujeres como usuarias principales de estos servicios. Las instituciones prestatarias, cuya tradición educativa estaba volcada fundamentalmente hacia ellas, propiciaron una “cultura anticonceptiva femenina” que excluyó a los varones de las decisiones reproductivas. Por otra parte, los elementos sexistas presentes en la normatividad y prácticas institucionales distanciaron a los varones de los programas anticonceptivos.

Sin embargo, las situaciones de salud de muchas mujeres, las limitadas condiciones económicas de muchos hogares, la existencia de la oferta de la vasectomía y las transformaciones en los valores relacionados con los roles de género, han determinado que esta situación se haya modificando parcialmente y que distintos tipos de parejas, como los que hemos descrito, hayan recurrido a este procedimiento. Las entrevistas realizadas muestran la diversidad de situaciones vividas y de significados atribuidos por las parejas que escogen este método, y permiten matizar el estereotipo vigente en Colombia según el cual la vasectomía es, en primer lugar, un método anticonceptivo destinado a hombres con ciertas características sociales (pertenencia a clases medias o altas, muy alto nivel de escolaridad, juventud) y, en segundo lugar, una opción inherentemente progresista.

Por otra parte, los diez casos analizados revelan que la elección de la esterilización masculina es un proceso de decisión eminentemente relacional. Distintos actores sociales intervienen en él: la compañera –por supuesto– pero también los prestatarios de los servicios de salud y el grupo de pares, que incluye frecuentemente otros hombres que ya han vivido la experiencia de la vasectomía.

Para algunos de los entrevistados, la compañera representa su mejor aliada en la toma de decisión. Ella es quien aporta la primera información sobre el método, con quien se comparten temores y quien, en última instancia, reafirma y legitima la decisión. En otras oportunidades, por el contrario, la compañera es percibida como un obstáculo en este proceso, al no brindarles la oportunidad de expresar los temores que les suscita el procedimiento. Otros no perciben a las mujeres como verdaderas interlocutoras y en consecuencia tienden a ignorar o a subestimar su participación en la decisión. En resumen, los pactos al interior de las parejas varían y pueden ir desde unas alianzas orientadas por un criterio igualitario hasta acuerdos en los que las jerarquías de género se mantienen, se reproducen y se refuerzan.

La decisión de la vasectomía es, como se planteó inicialmente, una opción que cobra sentido en relación con otras decisiones de las parejas. En ciertos casos, la posibilidad de un ascenso social depende del cálculo riguroso de la relación entre recursos económicos disponibles y número de hijos. El recurso a la vasectomía aparece entonces como una condición necesaria para esta movilidad social. Es el caso de Víctor y Dora, una pareja en la que ambos miembros son de origen campesino, con muy poca escolaridad y una considerable diferencia de edad: ella tiene 36 años, mientras él tiene 49 años. Víctor afirma que la decisión fue tomada

con base en la situación económica. No había de otra porque a ambos nos tocaba trabajar para poder subsistir. Nuestra idea era progresar y poder sostener un hijo... Y si uno no tiene un sistema económico para darles estudio, no puede darse el lujo de tenerlos.

En otras situaciones, la elección del método corresponde a “un estilo de vida” de clase media que privilegia cierta estabilidad familiar asociada con el logro de ciertas metas de bienestar material y personal. Para algunas de las parejas la vasectomía, como método definitivo, aporta una nueva temporalidad a los proyectos comunes, al posibilitar una planeación del curso de la vida familiar que deja menos espacio al azar y a la incertidumbre. Es el caso de Juana y Jorge, una pareja de profesionales exitosos y estables en sus carreras. Jorge comenta al respecto:

En el momento en que nosotros tuvimos el segundo hijo y decidimos tener sólo dos hijos, a mí la paternidad se me volvió un problema, porque en cualquier momento podía venir un tercero. Esa es la razón principal por la cual yo me vasectomicé [...] porque a mí sí me daba pánico un tercer hijo y yo sí quería poder hacer planes familiares y personales. Un tercer hijo representaba fundamentalmente una sobrecarga económica, no emocional y la imposibilidad de sacar adelante una familia en los términos deseados [...].

Pero también puede expresar, como en el caso de la pareja de Alejandra, psicóloga de 40 años, y Gerardo, un actor de la misma edad, la adhesión a ciertos valores igualitarios que determinan una mayor implicación del varón en la anticoncepción, en las decisiones reproductivas y en la crianza y educación de los hijos. Alejandra plantea que la decisión de optar por la esterilización fue asumida por Gerardo “con una gran seguridad y conciencia”. Por su parte, él afirma que “era la mejor opción para la pareja y su forma de contribuir a una mayor estabilidad de la pareja y a una vida sexual y familiar más plena”.

En la elección de la esterilización masculina también intervienen los prestadores de los servicios de salud reproductiva y el grupo de pares de los hombres entrevistados, en particular los amigos. Los primeros sirven, como lo mostramos anteriormente, de mediadores en esta decisión, aportando información sobre el procedimiento y los criterios no sólo institucionales sino normativos para evaluar sus decisiones reproductivas. Es interesante subrayar que, al ofrecer este método como un procedimiento que mejora la calidad de la vida sexual matrimonial –disociando el disfrute del placer sexual de sus efectos reproductivos–, los prestadores de servicios dan cuenta de la transformación de la sexualidad en materia educativa y terapéutica (Foucault, 1991). Por su parte los amigos, y en particular quienes han tenido esta experiencia, actúan como *alter ego* de los entrevistados. Ellos, como agentes de socialización y construcción de identidad de género (Marqués, 1997) son los únicos interlocutores válidos para certificar que este procedimiento no va a poner en riesgo su virilidad e identidad masculina, ni va a afectar su desempeño sexual. Uno de nuestros entrevistados, Víctor, plantea en forma explícita que fueron sus conversaciones e indagaciones con distintos amigos las que, poco a poco, fueron despejando sus dudas y perfilando la decisión:

hablé con unos amigos que se habían hecho la vasectomía y me dijeron que estaban normales, que funcionaban (sexualmente) bien. Esas charlas (con los amigos) me llevaron a asegurarme y a saber de que eso (la vasectomía) no es como le comentan a uno, que es una castración.

La vasectomía: ¿un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas?

Las y los entrevistados plantean que después de realizada la vasectomía poco se volvió a hablar de esta decisión, de sus motivaciones o sus efectos. Sin embargo, pese al relativo silencio posterior a la práctica de la vasectomía, en todos los relatos hallamos alusiones a cuestionamientos de género que, en mayor o menor medida, pueden haber antecedido o acompañado esta determinación. Encontramos hom-

bres para quienes el ejercicio de una paternidad cercana era un elemento importante de su identidad masculina y era entendida no sólo como un deber sino como un derecho al que aspiraban a disfrutar. En estos casos, la motivación más fuerte para practicarse la vasectomía fue su decisión de no tener más hijos de los planeados por la pareja, con el fin de poderles garantizar una buena crianza y una educación de la mayor calidad. En otros, se hizo alusión al deseo de ayudar a su pareja en la anticoncepción acudiendo a un procedimiento que perciben como sencillo, sin efectos secundarios, y económicamente viable.

Conversamos con mujeres que, conscientes de las posibles secuelas de los métodos anticonceptivos sobre su salud, se negaron a continuar siendo las únicas responsables de la anticoncepción en la pareja y exigieron a sus compañeros participación en ella. Entrevistamos mujeres para las cuales la maternidad no era el eje central de sus proyectos de vida y la vasectomía significaba la posibilidad de un disfrute sexual sin riesgo de embarazo. En algunos casos, fueron ellas mismas quienes plantearon la vasectomía como una opción y quienes apoyaron la decisión antes y después del procedimiento.

Encontramos hombres, como Jorge, que se refirieron a la decisión de vasectomizarse como una expresión de su altruismo familiar y como un signo de madurez, templanza en el carácter e independencia de los prejuicios de las sociedades “machistas latinas”:

Para mí es un orgullo haberme hecho la vasectomía y más dentro de un grupo machista latino, en el que la gente le huye a eso y tiene muchos tabúes, y no lo hacen por falta de verraquera o por esos tabúes. A mí me enorgullece el hecho, no de ser vasectomizado, sino de haber tomado una decisión, que para mí refleja cierta madurez [...] Yo creo que la decisión es fácil, mientras uno tenga el carácter y la personalidad para hacerlo [...].

En estas oportunidades, hicieron una presentación de sí mismos como héroes modernos, padres responsables y ciudadanos respetables, conscientes de sus responsabilidades con el bien común:

[el hombre que se practica la vasectomía] piensa en los demás más que en sí mismo, es generoso, una persona completa. ¿Por qué? Porque se puede ver como un sacrificio. Es un acto generoso también, porque piensa en sus hijos, en su mujer y en la sociedad, desde el punto de vista de la población y la ecología... La persona que tiene menos hijos, sabe que va a afectar de una manera menor a la sociedad [...].

Este tipo de razonamientos muestra que la decisión de efectuarse una vasectomía presupone algún grado de transformación subjetiva de quien toma tal decisión,

y un cierto nivel de comunicación con la pareja sobre la sexualidad y el control natal. Sin embargo, si se busca alentar un cambio en las pautas, valores y mandatos sociales que hacen que la vasectomía no sea todavía un método accesible socialmente y siga provocando rechazo, se requiere un avance cultural colectivo que no se limite a estos logros individuales. Si bien a partir de los acuerdos de las Conferencias Internacionales de la década de los noventa las organizaciones feministas lograron insertar el tema de la participación masculina en la salud sexual y reproductiva en la agenda de políticas públicas, sólo lo hicieron desde una perspectiva que buscaba mejorar el estatus de las mujeres y garantizar la igualdad de género (Amuchástegui, 2007). Se ha avanzado muy poco en la vinculación de la cuestión con el ejercicio de los derechos reproductivos y en su consideración como un tema ciudadano. Tampoco se han producido progresos considerables y generalizados en la creación de programas de salud sexual y reproductiva destinados específicamente a hombres, buscando su sensibilización frente al tema (De Schutter, 2000); ni se han desarrollado programas educativos e informativos con un claro compromiso de promover la equidad de género en las prácticas sexuales y reproductivas, y de brindar herramientas para responder a las necesidades diferenciales de mujeres y hombres (Viveros, 2004).

Se hace necesario ampliar el sentido de la participación política masculina, acotada hasta ahora al ámbito público, para incluir en ella aspectos de la vida “privada”, como el de la participación en las decisiones anticonceptivas y reproductivas, que hasta ahora sólo parecen preocupar a las mujeres. Desde una perspectiva que busque equidad en relaciones, se puede propiciar el uso de la vasectomía como uno de los pocos métodos anticonceptivos disponible para los varones en un contexto en el que, como lo mencionamos anteriormente, las ofertas anticonceptivas dependen casi totalmente de los productos que ofrecen o no los mercados farmacéuticos extranjeros, y existe muy poco interés estatal en desarrollar investigaciones sobre métodos de control hormonal para varones y en ofrecer métodos anticonceptivos masculinos distintos al condón (Gutmann, 2007). Más allá de cambios administrativos y tecnológicos, y de voluntades institucionales, se requiere un nuevo enfoque teórico y metodológico en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva que no sólo promueva la equidad de género en las negociaciones anticonceptivas y reproductivas de las parejas –y cuestione los estereotipos vigentes sobre la sexualidad masculina–, sino que también deleve las políticas sexistas presentes en la institucionalidad de los servicios de salud. Para enfrentar un desafío y asumir un compromiso político de tal magnitud se hace necesario el concurso de organismos estatales, organizaciones no gubernamentales, agencias de cooperación, universidades y distintas organizaciones de la sociedad civil.

Referencias bibliográficas

- AMUCHÁSTEGUI, Ana, 2007. "Ética, deseo y masculinidad: la difícil relación entre lo sexual y lo reproductivo. In AMUCHÁSTEGUI, A. y SZASZ, I., (eds.). *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y Reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. 1ª ed. México: El Colegio de México. 681 p. ISBN 968-12-1280-0
- CASTRO, Patricia, 1998. "¿Qué razones exponen los hombres que están recurriendo a la vasectomía sin bisturí para limitar su fecundidad?". In: LERNER, S. (ed.). *Varones, sexualidad y reproducción*. 1a ed. México: El Colegio de México. 436 p. ISBN 968-12-0916-8.
- De SCHUTTER, Martine, 2000. "El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva, *Revista Panam/Salud Pública*, 6, vol. 7. OPS.
- De ZORDO, Silvia. 2008. *Planifier la reproduction, construire la nation, gouverner la vie. Planning familial et incorporation des inégalités à Salvador de Bahia*. Thèse de Doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Formation Doctorale d'Anthropologie Sociale et Ethnologie.
- FERNÁNDEZ Ana María. 1993. *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- FIGUEROA, Juan Guillermo. 1997. «El papel de los varones en la reproducción dentro de las políticas de población de México», Ponencia presentada en el XX Congreso de LASA (Latino-American Studies Association), Guadalajara, México, abril de 1997.
- _____. 1998. «La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones». In LERNER, S. (ed.). *Varones, sexualidad y reproducción*. 1a ed. México: El Colegio de México. 436 p. ISBN 968-12-0916-8.
- FLÓREZ, Carmen Elisa. 2000, *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia. Durante el siglo XX*, Bogotá: Banco de la República /Tercer Mundo Editores.
- FOUCAULT, Michel. 1980. *Microfísica del Poder*, 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones La Piqueta. 189 p. ISBN 84-7443 017-8
- _____. 1991. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, 18ª ed. México: Siglo XXI Editores.194 p. ISBN 968-23-01198-1.
- FULLER, Norma. 2001. *Masculinidades, cambios y permanencias*, 1ª ed. Lima: Fondo Editorial PUCP. 509 p. ISBN. 9972-42-433-2.
- GÜIDA, Carlos. 2006. "Equidad de género y políticas en Uruguay". In: CAREAGA, G. & CRUZ S. (coord.). *Debates sobre Masculinidades. Poder, Desarrollo, Políticas Públicas y Ciudadanía*. 1ª ed. México: UNAM-PUEG, 447p. ISBN 970-32-3065-2
- GIVAUDAN, Martha, PICK, Susan, & FUERTES, Carmen. 2000. "Los hombres mexicanos frente a la vasectomía". In PANTELIDES, E. A y BOTT, S. (ed.), *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. 1ª ed. Buenos Aires: Biblos, OMS,

271p. ISBN 950-786-252-8.

GOMENSORO, Armando et al. *La nueva condición del varón. ¿Renacimiento o reciclaje?* 1ª ed. Montevideo: Editorial Fin de Siglo.

GUTMANN, Matthew. 1993. «Los hombres cambiantes, los machos impenitentes y las relaciones de género en México de los noventa», *Revista de Estudios Sociológicos*, vol. XI, n° 33, 725-740.

_____. 2004. «Hombres carnales: Las políticas somáticas de la salud reproductiva masculina», *Maguaré*, No.18, 221-240. ISSN 0120-3045

_____. 2007a. «Hacia el dominio del cuerpo varonil. Los impulsos sexuales y la salud reproductiva masculina». In AMUCHÁSTEGUI, A. y SZASZ, I., (coord.). *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y Reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. 1ª ed. México: El Colegio de México. 681 p. ISBN 968-12-1280-0

_____. 2007b. *Fixing Men. Sex, Birth Control, and AIDS in Mexico*. 1ª ed. Berkeley and Los Angeles: University of California Press. 265 p. ISBN 978-0-520-25330-8

KALCKMANN, Suzana. 1998. «Incurões ao desconhecido: percepções de homens sobre saúde reprodutiva e sexual». In: ARILHA, M., RIDENTI, S.G. UNBEHAUM & MEDRADO, B. (eds.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/ Editora 34. ISBN 85-7326-093-9. 95.

MARQUÉS, Josep-Vicent. 1997. «Varón y patriarcado», in VALDÉS T. et MEDRADO: B. (org). *Homens e Masculinidades. Outras Palabras*, 1ª ed. Sao Paulo. Editora 34. 301 p. ISBN 85-7326-093-9. 95.

OLAVARRÍA, J. (ed.) *Masculinidad/les Poder y Crisis*, 1ª ed. Santiago de Chile: ISIS Internacional. 171 p. ISSN 0716-8101

MIRÓ, Carmen. 1971. «Política de población: ¿Qué ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Cómo?», Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE, Serie A, N° 110.

O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), 1988. Pautas técnicas y de gestión para servicios de vasectomía. Ginebra.

ORDÓÑEZ, Myriam. 1985, *La fecundidad en Colombia. Niveles, Diferenciales y Determinantes*. Bogotá: DANE.

ORDÓÑEZ, Myriam & OJEDA, Gabriel. 1994. *La esterilización femenina en Colombia*. Bogotá. Datos Provenientes de Encuestas Nacionales y de PROFAMILIA

PLATA, Maria Isabel, GONZÁLEZ, Ana Cristina & VIVEROS, Mara. 1998. «Estrategias para avanzar en el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. El caso de PROFAMILIA, Colombia», Ponencia presentada en el Coloquio «Acceso y derecho a opciones reproductivas como promoción de la salud en el Caribe Hispano», XXVI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, San Juan, Puerto Rico.

PROFAMILIA, 1995. Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

_____. 2005. Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

- POPULATION PEPORTS, 1994. Esterilización masculina, Serie D, N° 4: Population Information Program, Hampton House, Baltimore, The John Hopkins University.
- SALCEDO, Hernando. 1995, "El aborto en Colombia: exploración local de la experiencia masculina», Bogotá, Informe final presentado a la O.M.S., CIDS, Universidad Externado de Colombia.
- TUIRÁN, Roberto. 1988. «Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción». En *Memorias de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*. México: Secretaría de Salud.
- VALDÉS, Teresa & GOMÁRIZ, Enrique (eds.) 1993. *Colombia. Mujeres latinoamericanas en cifras*. 1ª ed. Madrid/Santiago: Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España/FLACSO, Chile.119 p. ISBN 956-205-058-0.
- VALDÉS, Teresa & OLAVARRIA, José. 1998. «Ser hombre en Santiago de Chile; A pesar de todo, un mismo modelo». In: VALDÉS T. y OLAVARRÍA, J. (ed.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, 1ª ed. Santiago: FLACSO-Chile, 284 p. ISBN 956-205-122-6.
- VIVEROS, Mara, GÓMEZ, Fredy & OTERO, Eduardo. 1998. «Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los oferentes del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre en Bogotá». *Cadernos en Saúde Pública* (Rio de Janeiro), v.14, suplemento 1, 97-103. ISSN 0102-311X.
- VIVEROS, Mara & GÓMEZ, Fredy. 1998. «La elección de la esterilización masculina. Alianzas, arbitrajes y desencuentros conyugales». In ARANGO, L.G. *et al. Mujeres, Hombres y Cambio Social*, 1ª ed. Bogotá: CES/Facultad de Ciencias Humanas UN, 286 p. ISBN 958-96259-4-0.
- VIVEROS, Mara.1999. «Esterilización masculina, dinámicas conyugales y ámbitos de poder: Un estudio de caso colombiano», in SCAVONE, L. (comp.) *Género y salud reproductiva en América Latina*. Cartago (Costa Rica): Libro Universitario Regional. ISBN 9968-801-04-6.
- _____. 2000, «Orden Corporal y esterilización masculina», in VIVEROS, M. y GARAY, G. (éd.) *Cuerpo, Diferencias y Desigualdades*, 1ª ed. Bogotá: CES/Facultad de Ciencias Humanas UN. 304 0. ISBN 958-96259-7-5.
- _____. 2002. *De quebradores y cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. 1ª ed. Bogotá: Universidad de Colombia.
- _____. 2004. "El gobierno de la sexualidad juvenil y la gestión de las diferencias. Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano", *Revista Colombiana de Antropología*, Volumen 40, enero-diciembre de 2004, pp.155-183. ISSN 0486-65-25.