
ORDEN CORPORAL Y ESTERILIZACIÓN MASCULINA*

Mara Viveros

Universidad Nacional de Colombia – Colombia

Resumo: *Este artigo propõe uma reflexão a respeito do corpo como territorialidade de políticas, práticas e representações específicas da regulamentação de seu uso reprodutivo. A ordem corporal presente na esterilização masculina permite entendê-la como uma prática que envolve o corpo masculino, mas não o reduz ao seu conteúdo biológico. Neste sentido, esta decisão reprodutiva se constrói em conexão com uma ordem sexual e de gênero que permite colocar em evidência a valorização, o uso e as atribuições diferenciadas que se dão nos corpos masculinos e femininos.*

Abstract: *This paper presents a analysis of the body as a territory of politics, practices and social representations concerning the regulation of its reproductive functions. The bodily dimension of male sterilization as a contraceptive alternative allows us to understand the sterilization as part but – not reduced to – its biological content. Thus, this reproductive choice is build in connection with an existing sexual and gender order, which puts in evidence different values, uses and attributions regarding male and female bodies.*

Introducción

El cuerpo es a un mismo tiempo la cosa más sólida, más elusiva, ilusoria, concreta, metafórica, siempre presente y siempre distante: un sitio, un instrumento, un entorno, una singularidad y una multiplicidad. (Turner, 1989, p. 33).

* Este artículo presenta algunos de los primeros resultados de la investigación titulada “Las representaciones y prácticas sociales de la esterilización masculina. Un estudio de caso en Bogotá” que hace parte del subprograma de investigaciones del Programa de Género, Mujer y Desarrollo de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. En esta investigación se contó con la colaboración de Fredy Gómez y Eduardo Otero. La autora agradece a Thierry Lulle y Ana Cristina González sus valiosos comentarios sobre la versión preliminar de este artículo.

Aproximarse al cuerpo es en buena medida, intentar dar cuenta de él como territorio privilegiado de signos y símbolos, medidas, evaluaciones y disciplinamientos, pero también de gestos y posturas, temores y placeres. Es también considerar que el cuerpo es una realidad que problematiza y define contextualmente oposiciones binarias como naturaleza y cultura, subjetividad y objetividad, espacio individual y social, masculinidad y femineidad, entre otras. El cuerpo es una de esas nociones que por su carácter polisémico y complejo es irreductible a la presentación parcial que de él pueden hacer los distintos discursos ya sean biomédicos, culturales o sociales. Según Bryan Turner (1989), para el individuo y el grupo, el cuerpo es simultáneamente un entorno (parte de la naturaleza) y una expresión del yo (parte de la cultura); la subjetividad de la experiencia corporal y la objetividad del cuerpo institucionalizado. Es una realidad que da cuenta de la articulación entre el orden natural del mundo y su ordenamiento cultural y una vivencia personal mediada en gran parte por el lenguaje, el entrenamiento y el contexto social.

El cuerpo, como objeto del poder y del saber, ha sido colocado en el punto de mira más agudo de la teoría social. Siguiendo a Foucault, en las sociedades modernas, el poder tiene un objetivo específico, el cuerpo. El poder sobre la materialidad del cuerpo puede dividirse en dos cuestiones separadas y, no obstante, relacionadas: la regulación de las poblaciones (el cuerpo de la colectividad, la especie) y las disciplinas del cuerpo (de los individuos).¹ Siguiendo a Featherstone (1982) citado en Turner (1989), es igualmente importante llevar a cabo una diferenciación entre la interioridad del cuerpo y el exterior del mismo como un medio por el cual un individuo representa al yo en público. Estas cuatro dimensiones, que no pueden distinguirse claramente a nivel empírico pero sí diferenciarse para fines analíticos, – la reproducción de las poblaciones a través del tiempo; la regulación de los cuerpos individuales en el espacio social; la restricción del deseo como un problema interior del cuerpo y la representación de los cuerpos en el espacio social – constituyen cuatro subproblemas dentro del problema general del orden corporal (ver figura 1).

¹ Según plantea Foucault (1991), esta organización del poder sobre la vida se desarrolló en dos formas principales: la primera, centrada en el cuerpo-especie, una biopolítica de las poblaciones, ejercida a través de una serie de intervenciones y controles reguladores y la segunda, enfocada en el cuerpo como máquina, la anatomopolítica, cuyo objeto es el disciplinamiento de los cuerpos singulares.

	(Foucault) Poblaciones	(Featherstone) Cuerpos	
TIEMPO	Reproducción	Restricción	INTERNO
ESPACIO	Regulación	Representación	EXTERNO

Figura 1. Turner (1989, p. 124).

Con base en la combinación de estas cuatro distinciones Turner construye un modelo que sirve como base para una reflexión² en torno a las dimensiones que conforman la geometría del cuerpo presente en la esterilización masculina, entendida ésta como una intervención quirúrgica en el cuerpo masculino pero también como una decisión que se toma en un contexto social que define y limita las opciones anticonceptivas de varones y mujeres, los modelos de masculinidad y feminidad, el significado de la paternidad y la maternidad, las relaciones con la sexualidad y el deseo.

La esterilización masculina y la reproducción poblacional

Según Foucault, una de las formas en las cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida desde mediados del siglo XVIII, fue la que se centró sobre el cuerpo de la especie, soporte de procesos biológicos como los nacimientos y las muertes, ejerciendo una biopolítica de las poblaciones a través de una serie de intervenciones y controles reguladores. De esta manera la reproducción dejó de ser un asunto privado y los Estados se convirtieron en administradores del potencial reproductivo de la población.

Durante la década de los cincuenta a nivel mundial y de los sesenta en Colombia, empieza a ser evidente la inquietud por el acelerado crecimiento poblacional puesto en relación con el desarrollo económico. Numerosas organizaciones internacionales (como el Club de Roma, la CEPAL y la OEA) muestran interés por la discusión y la búsqueda de soluciones a dicho problema

² El material sobre el cual se elabora esta reflexión proviene de las entrevistas realizadas a quince oferentes de un servicio de vasectomía (médicos y orientadores), veinte varones vasectomizados y cinco esposas de varones esterilizados.

y la demografía se erige en una de las disciplinas científicas con mayor injerencia en el terreno político, afectando el curso y la orientación del desarrollo a partir del diagnóstico demográfico.

La problemática poblacional empieza a circunscribirse: de ser un tema relacionado con el conjunto de metas y estrategias del desarrollo, se convierte gradualmente en una serie de acciones de planificación familiar (Miró, 1971). En ese contexto surgen en América Latina, a mediados de la década de los sesenta, entidades privadas de planificación familiar con el objetivo de poner a disposición del mayor número de personas, en especial las de recursos más bajos, métodos anticonceptivos fundamentalmente femeninos.³ El énfasis de los programas de planificación familiar en el uso de métodos anticonceptivos como eje de las acciones dirigidas a regular el crecimiento demográfico empezó a mostrar serias limitaciones tanto en el campo de la intervención como en el campo explicativo de la reproducción. En el campo de la intervención, después del éxito inicial, medido en número de usuarias de anticonceptivos, aparecieron problemas de usuarias insatisfechas y pérdida de prestigio de los servicios de planificación familiar que exageraban las ventajas y subestimaban las desventajas de la anticoncepción. (Hardy, 1997). En el campo explicativo, la mayoría de los programas de planificación familiar brindó información impregnada de fuertes sesgos ideológicos y normativos (arquetipos de la familia conyugal, asignación exclusiva de las funciones reproductivas a las mujeres, atribución de las malas condiciones socioeconómicas de la población únicamente al crecimiento de la población etc.).

Para relacionar este control poblacional con la esterilización masculina es importante considerar, como lo señala Juan Guillermo Figueroa (1995), que las interpretaciones demográficas reflejan un proceso de construcción social y de responsabilidades reproductivas diferentes por sexo, en donde la mujer sigue siendo el centro del análisis alrededor de la reproducción. Esto se expresa en el tipo de indicadores utilizados para interpretar el comportamiento reproductivo de la población y en el tipo de políticas definidas para tales propósitos. Por ejemplo, la fecundidad, a diferencia de la mortalidad y la migración, es el único factor demográfico cuyos indicadores son mayoritariamente

³ Este objetivo se explica por dos razones: el primero, el acceso de las mujeres de sectores medios y altos a una tecnología anticonceptiva a través de las consultas privadas y la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos masculinos.

calculados en función de las mujeres. En efecto, la tasa global, la tasa general y las específicas de la fecundidad, el promedio de hijos nacidos vivos tienen como referente a la población femenina. La participación del varón en el proceso reproductivo aparece diluida y se incluye como otra más de las variables socio-culturales que influyen en la fecundidad de la mujer (como apoyos de sus parejas).

La reproducción humana es un ámbito en el que se manifiesta en forma importante, la desigualdad entre los géneros. Para las mujeres esto se traduce en impedimentos para tomar decisiones en materia de sexualidad y reproducción, en la presión para cumplir con las expectativas sociales frente a la maternidad y se sustenta en la orientación casi exclusiva de los programas de planificación familiar hacia ella. Para los hombres, se traduce en una escasa participación en las prácticas anticonceptivas, y en el menor desarrollo de la tecnología anticonceptiva dirigida hacia ellos, entre otros efectos. En Colombia, la práctica de la esterilización masculina empezó a realizarse en PROFAMILIA⁴ desde 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 (Ordóñez; Ojeda, 1994). Con la apertura de las Clínicas para el Hombre en 1985 en Bogotá, Medellín y Cali, aumentó considerablemente el número de esterilizaciones masculinas realizadas. Así, de 10.312 esterilizaciones masculinas realizadas entre 1970 y 1984, se pasó a 44.618 en 1993, de las cuales el 40% se realizó en Bogotá. 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 (Ordóñez; Ojeda, 1994), sobre todo si se tiene en cuenta que la esterilización masculina es un método anticonceptivo tan eficaz como la esterilización femenina, técnicamente más simple de efectuar, sin necesidad de anestesia general y sin riesgos biológicos reconocidos (Population Reports, 1984). Las reticencias de los varones y de los proveedores de servicios de planificación frente a la utilización de métodos anticonceptivos masculinos pueden ser

⁴ PROFAMILIA; Asociación Probienestar de la familia, es una entidad privada fundada en 1965, cuyo objetivo actual es brindar servicios en el área de salud sexual y reproductiva a las mujeres de clase media y baja, a lo largo de todo el territorio nacional. Para esto proporciona más del 65% de todos los métodos anticonceptivos en el país de manera directa o indirecta (Plata, 1996 apud González, 1997).

explicadas como efecto de la asignación diferencial de responsabilidades a mujeres y varones en distintos ámbitos de la vida cotidiana y particularmente en la reproducción.

Para entender el bajo porcentaje de la esterilización masculina -pese a ser presentada como una opción anticonceptiva sencilla, eficaz y económica – en relación con la altísima proporción de mujeres que acude a la esterilización como método anticonceptivo, desde un enfoque más integral del análisis de la reproducción, es necesario indagar sobre las interacciones y las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la sociedad colombiana, sobre la reproducción de roles y expectativas definidas socialmente para unos y otras, y sobre las estructuras y redes de relaciones sociales en las cuales están inmersas la sexualidad y la reproducción humanas. Esta perspectiva permitiría cuestionar los valores que hombres y mujeres asignan a los eventos reproductivos y “reconstruir el proceso histórico que ha llevado a la asignación diferencial de derechos y responsabilidades” (Figueroa, 1996, p. 6).

Aunque se han desarrollado estrategias para involucrar al varón en la esfera de la reproducción, éstas parecen haber estado más orientadas a buscar resultados – el incremento en la utilización de métodos anticonceptivos como el condón o la vasectomía – que a indagar sobre las causas de las reticencias masculinas al uso de estos métodos. La pretensión de los programas de planificación familiar de asegurar el derecho de toda persona “a decidir libre, responsable e informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos” no ha podido convertirse en realidad debido a que la definición de los programas no ha incorporado la idea de que la anticoncepción conlleva a menudo, un proceso de interacción y negociación entre varones y mujeres. Esto implica por supuesto, una crítica de las relaciones varón – mujer y un replanteamiento de los pilares sobre los cuales se construye la identidad masculina y se fundamenta la exclusión de los varones de los ámbitos propios de la reproducción.

Recientemente ha surgido el enfoque de salud reproductiva y derechos reproductivos, a partir del cual se ha planteado un cuestionamiento al orden corporal vigente en las decisiones reproductivas. Este ha consistido en un desplazamiento de la regulación y el control de la fecundidad como eje articulador de este orden, hacia una línea axial alrededor de las prácticas sexuales y reproductivas. El desplazamiento ha implicado: en primer lugar, un debate sobre el papel asignado a las mujeres como principales responsables de la reproducción, ámbito cuyo tiempo y espacio son reconocidos como “naturalmente

femeninos” por ambos sexos, en segundo lugar, la articulación entre la salud, la reproducción y la sexualidad con los derechos de los individuos (derechos sexuales y reproductivos); en tercer lugar, una exploración de las múltiples interrelaciones entre los procesos reproductivos y los procesos sociales, culturales e institucionales relevantes. A pesar de las fisuras en este orden corporal es necesario recordar con Foucault (1980), que la impresión de que el poder que lo sustenta titubea, puede ser un espejismo pues éste puede replegarse, desplazarse e investirse en otros lugares: sin embargo, las luchas actuales por los derechos sexuales reproductivos deben entenderse como puntos de resistencia que pueden dar origen a nuevos reagrupamientos al interior de ese orden.

La esterilización masculina y la regulación de los cuerpos

En efecto, nada es más material, más físico, más corporal que el ejercicio del poder... (Foucault, 1990, p. 105).

La presión de la acumulación de los cuerpos en el espacio urbano demandó un orden institucional de prisiones, asilos, fábricas, escuelas y hospitales, una densa red de regulaciones para convertirlos en cuerpos útiles y seguros, saludables y dóciles, aptos para que el capital y el ensanchamiento de los mercados puedan sacar provecho de ellos (Turner, 1989). Como ha sido señalado por este autor, la ciencia médica ha tendido el puente, desde el campo del saber, entre la disciplina de los cuerpos individuales efectuada por los distintos grupos profesionales y el control de las poblaciones.

El ejercicio del poder sobre el cuerpo en las sociedades modernas ha adoptado desde inicios de los años sesenta formas menos estrictas. En el campo de la reproducción de la población, por ejemplo, ese control sobre los cuerpos singulares no ha tenido que recurrir a la utilización forzada de métodos anticonceptivos, con fines por ejemplo eugenésicos,⁵ sino que ha sido desarrollado por los profesionales de la salud, a través de la institucionalización de

⁵ El movimiento eugenista propugnó en la primera mitad de este siglo, por la práctica de la vasectomía y otros métodos de anticoncepción forzada o voluntaria para hombres y mujeres en las personas que presentaban determinadas enfermedades o presentaban ciertas características indeseables, como debilidad mental, locura, impulsos criminales, creyendo con ello reducir la aparición de tales enfermedades en generaciones futuras (O.M.S.).

las prácticas de regulación de la fecundidad y la creación de la pareja malthusiana, según la expresión de Puleo (1994).

Al respecto cabe preguntarse por las razones por las que se les asignó esta responsabilidad a estos profesionales. Figueroa (1996) sugiere que una de las motivaciones subyacentes para encargarle en las sociedades contemporáneas el control demográfico de la población a los médicos fue la búsqueda de la aceptación de los métodos anticonceptivos con base en el prestigio y autoridad científica y moral de la que gozan estos profesionales.

Parece pertinente interrogarse también sobre los efectos que ha podido tener su injerencia en este campo. En un artículo bastante reciente, Figueroa (1997), refiriéndose al caso mexicano, considera que la medicalización⁶ de la regulación de la fecundidad, al ignorar las relaciones de poder presentes entre varones y mujeres, termina por validar las “especializaciones” y exclusiones basadas en la pertenencia genérica. Por ejemplo, los esquemas implícitos de interpretación de la fecundidad ubican a los varones como agentes que obstaculizan o facilitan la regulación de la fecundidad, pero no como seres que pueden regularla. De la misma manera, en la normatividad y práctica institucional se pueden observar elementos sexistas que se expresan en el estímulo a la presencia femenina en los programas anticonceptivos y en la sobreprotección de los varones. Ejemplo de ello es considerar que la vasectomía sólo puede ser practicada en sujetos maduros biológica y psicológicamente, seguros de una decisión tomada con base en una información correcta y suficiente, sin temores en relación con los posibles efectos de la operación sobre su salud mientras que la oclusión tubaria bilateral representa una oferta sin mayores contraindicaciones para la población femenina (Figueroa, 1997).⁷

El quehacer de los programas de vasectomía ha estado claramente enmarcado en una concepción medicalizada de la reproducción: por una parte, los orientadores han dirigido su labor a brindar información técnica sobre

⁶ Entendemos por medicalización en primer lugar, el proceso por el cual la sociedad asigna a los médicos la competencia profesional y la legitimidad social y cultural sobre ciertos aspectos de la vida como la reproducción, el control de la fecundidad, la crianza y educación de los niños, la higiene, etc.; en segundo lugar, la institucionalización de estas dimensiones, es decir el proceso por el cual se definen y toman forma en la sociedad, como objeto de la profesión y de las instituciones médicas.

⁷ Desde hace muy poco tiempo estas contraindicaciones para la vasectomía fueron prácticamente anuladas en PROFAMILIA.

los posibles riesgos, ventajas y desventajas de los distintos métodos anticonceptivos; por otra parte, se ha acudido a médicos especializados en urología⁸ para efectuar las intervenciones quirúrgicas. Este énfasis institucional en la utilización de médicos en este servicio, por su competencia profesional y por la imagen de autoridad y moralidad que se tiene de estos profesionales, ha sido una forma de contrarrestar, en el contexto colombiano, la incidencia de la Iglesia Católica en la opinión pública frente a la planificación familiar.

La medicalización de la reproducción ha significado varias cosas. En primer lugar, la transformación de una vivencia que durante largo tiempo perteneció al ámbito privado de las parejas, en objeto de la medicina institucionalizada. La “expropiación” de los comportamientos reproductivos por parte de los programas de planificación familiar se ha traducido en la incorporación de un orden normativo en relación con dichos comportamientos. La sociedad, al autorizar, a través de una de sus instituciones, a un grupo de personas especializadas a utilizar sus conocimientos y habilidades para afectar su nivel de fecundidad, les ha conferido el poder de convertir en normas, los juicios asociados a su quehacer profesional: “[...] a través de lo que dicen (o no dicen) comunican la visión ‘legítima’ de las formas aceptables de conducir una vida sexual y procreativa” (Tuirán, 1988). De esta manera, desde la institución médica, se está modelando el comportamiento reproductivo de las poblaciones, se está percibiendo a la población civil como población potencialmente usuaria de los servicios de planificación familiar y se está determinando el tamaño ideal de la familia, y el momento en que se *deben* tener los hijos (ni muy temprano ni muy tarde en función de normas biomédicas). Si hoy se considera que un número de hijos superior a dos excede el nivel “ideal” de fecundidad de la población y que una madre de quince años hace parte de la categoría “problemática” de madres adolescentes, hace sólo 30 años, una mujer colombiana

⁸ Al respecto es interesante recordar que la vasectomía es presentada por la O.M.S. como un método anticonceptivo que tiene la ventaja de disminuir el costo de los servicios al poder emplear personal paramédico en la práctica de la intervención, liberando a los médicos para la prestación de otros servicios, recomendación que se dirige especialmente a los países en desarrollo. Sin embargo, en el caso colombiano esto no ha sucedido nunca. El médico es el supervisor y responsable técnico de la intervención quirúrgica y uno de los principales atractivos del programa. En efecto, una de las estrategias empleadas por la entidad para aumentar la aceptabilidad del programa de vasectomía, ha sido la de emplear personal médico altamente calificado para la realización de esta intervención quirúrgica (Viveros; Gómez; Otero, 1997).

podía iniciar su vida reproductiva antes de los 18 años y tener por lo menos seis hijos⁹ sin generar mayor preocupación.

En segundo lugar, la sumisión a los criterios de las instituciones médicas (edad del solicitante, número y edad de los hijos, edad de la compañera, estabilidad conyugal, etcétera) para determinar si el potencial usuario es idóneo o no para utilizar este método. Aunque es comprensible que la vasectomía por su carácter irreversible, suponga un proceso particular de elección, los criterios definidos por las instituciones para la selección de los pacientes responden más a una lógica defensiva, que pretende disminuir el número de usuarios insatisfechos con su decisión,¹⁰ que a una búsqueda de decisiones libres y responsables por parte de éstos. Por otra parte, se está ignorando que las motivaciones que llevan a un varón o a una pareja a acudir a la esterilización masculina pueden responder a una racionalidad que no siempre está en concordancia con los supuestos institucionales en torno al usuario “ideal” de este método.¹¹

En tercer lugar, la pérdida de un cierto grado de autonomía al delegar en “un experto” su capacidad de decidir qué es lo mejor para sí. “La relación entre el usuario y el profesional de la planificación familiar oculta una relación de poder en la cual los juicios y el conocimiento inherente a la práctica profesional se convierten en reglas establecidas que otorgan autoridad absoluta a los portadores del saber” (Tuirán apud Figueroa, 1996, p. 297). Esto implica para el usuario, ser remitido al lugar del que no tiene criterios suficientes para tomar la decisión anticonceptiva más adecuada para él (inmaduro) y del que no sabe (ignorante). La organización de la prestación de servicios de planificación familiar no está diseñada para estimular una toma de decisiones autónomas en la población usuaria, sino para orientarla hacia una elección, cumpliendo de esta manera con las metas de cobertura buscadas por las instituciones.

⁹ La tasa total de fecundidad bajó de 7.04 en 1960-1964 a 4.6 en 1972-1973, a 3.6 en 1980 y a 2.9 en 1985 (Ordóñez, 1985).

¹⁰ En efecto, los criterios institucionales para la selección de los pacientes intentan evitar que éstos lamenten en un futuro la decisión. El asesoramiento individual del paciente ofrece a los orientadores la posibilidad de sopesar estas situaciones, detectando los pacientes considerados de alto riesgo por razones médicas o psicológicas.

¹¹ Es el caso de parejas o de varones que aunque no tienen restricciones económicas ni limitaciones para cuidar los hijos no desean tenerlos por opciones de realización personal.

En cuarto lugar, un reduccionismo en el acercamiento a la reproducción. En efecto, para la institución médica, la reproducción es concebida exclusivamente en relación con el nivel de la fecundidad y por consiguiente privilegia la anticoncepción, ignorando las dimensiones psicológicas, sociales y culturales presentes en el comportamiento sexual y reproductivo de las poblaciones. En consecuencia, el alcance de sus actividades se reduce a posibilitar la reproducción en condiciones saludables sin poder incidir en los factores socioeconómicos y culturales que determinan en buena medida, el nivel de salud de la población y su comportamiento reproductivo (Figueroa, 1994).

Esta intromisión del poder médico en el escenario privado de la reproducción no significa que el usuario de los servicios de planificación familiar sea un actor totalmente pasivo y no haga uso de sus recursos personales para resistir a los efectos de este poder sobre su cuerpo. Los reclamos contra la restricción de las opciones anticonceptivas e incluso la inconstante e incorrecta utilización de los métodos anticonceptivos pueden ser interpretados como formas de resistencia contra esta voluntad reguladora de la reproducción. Estos comportamientos, que pueden ser considerados como conductas de “riesgo”,¹² están basados en elecciones que responden, no a una racionalidad utilitaria, sino a una lógica en la que se entrecruzan elementos culturales, sociales y subjetivos (Douglas, 1986; Kendall, 1993; Pravaz, 1995, citados en González, 1998). Igualmente, cada vez se han hecho más evidentes los límites del conocimiento y de las prácticas de los médicos para resolver los problemas reproductivos de las poblaciones. En este contexto surge la necesidad de considerar los vínculos existentes entre la reproducción, la sexualidad y la salud de los individuos y la influencia del entorno institucional, político y cultural en las prácticas sexuales y reproductivas (Viveros; Gómez, 1998).

La esterilización masculina y la restricción del deseo

Si los humanos necesitan un régimen que tenga en cuenta, con tanta minucia, todos los elementos de su fisiología, la razón es que tienden sin cesar a apartarse de ella por el efecto de sus imaginaciones, de sus pasiones y de sus amores. (Foucault, 1987, p. 126).

¹² La definición epidemiológica de “comportamientos de riesgo” ha sido bastante criticada por las ciencias sociales que señalan sus limitaciones al desconocer los contextos sociales y culturales en los cuales se inscriben dichas actuaciones.

La estabilidad de las relaciones sociales ha sido buscada a través de la disciplina y la restricción del deseo de los cuerpos y la regulación de las pasiones. “Tanto para Weber (1962) como para Foucault (1980, 1991), los modelos religiosos de pensamiento y práctica proporcionan un sitio histórico para el desarrollo y la difusión de la vigilancia racional de las poblaciones” (Turner, 1989, p. 202). Desde esta perspectiva, se puede señalar que la vida cotidiana ha sido convertida en objeto de constante escrutinio, y que el individuo, liberado de la autoridad religiosa, se ha sometido a puntillosas regulaciones de su comportamiento. En efecto, la vida de hoy se orienta cada vez más hacia fines racionales de acuerdo con normas de comportamiento claramente pautadas y con regímenes de control ejercidos incluso sobre sus espacios más íntimos.

En este sentido, la vasectomía puede ser entendida como un método que por su carácter irreversible, permite un control absoluto sobre el número de hijos y un modo de vida ordenado hacia fines diferentes a la procreación y crianza. Dicho de otro modo, el recurso de la vasectomía puede ser experimentado como una forma de protegerse del “desorden” y el azar de los métodos anti-conceptivos temporales, orientando las metas hacia el trabajo disciplinado y regulado, y los objetivos de bienestar familiar. Esta moderación reproductiva puede ser considerada también una expresión del ejercicio de la racionalidad y del predominio de la voluntad sobre los impulsos genésicos. Es importante recordar que el control racional es considerado una virtud propia de los varones ya que la dificultad de dominar los impulsos¹³ puede ser asimilada a una posición de debilidad del individuo y por lo tanto, asociarse a la dependencia y pasividad que caracteriza la situación de la femineidad en el orden social y sexual vigente.

A modo de ilustración (preservando el anonimato de las personas y las organizaciones a las que hago referencia), quiero analizar el proceso de toma de decisión de la esterilización masculina en una pareja de profesionales de mediana edad.

Juana y Jorge constituyen una pareja de profesionales exitosos y estables en sus carreras, aspecto que ha configurado uno de los rasgos más relevantes en su trayectoria de pareja. Se casaron hace 13 años y tienen dos hijos varones: el primero de 11 años y el segundo de 8 años de edad. Algunos de sus

¹³ Es interesante señalar que paralelamente al estereotipo del varón racional coexiste el estereotipo de una sexualidad masculina irrefrenable.

datos biográficos son de una llamativa similitud: tienen la misma edad, ejercen profesionalmente en el campo de la salud desde hace 15 años y han tenido una trayectoria y un desarrollo laboral comparables y paralelos, aspectos que resultan determinantes en el tipo de comunicación que han establecido entre ellos.

Desde el punto de vista de Juana, su pareja se puede definir a partir de la capacidad y habilidad para la planeación, características que ha demostrado especialmente su esposo, a lo largo de los años. La organización y previsión más o menos detallada de sus actividades profesionales, familiares y de recreación y el control de las finanzas familiares son prácticas constantes en su vida cotidiana. Esta manera de construir la convivencia familiar ha ido consolidándose a lo largo del tiempo, particularmente por iniciativa de Jorge. Juana afirma: “él me construyó, porque yo antes era muy desorganizada en mi casa. Yo creo que él me ayudó mucho, porque él siempre ha sido muy metódico..., él ayudó a que yo cambiara..., yo tenía la forma de ser de él, pero me faltaba un empujoncito...”. Es decir, para Juana, su marido le dio “forma organizada” a su “materia desordenada”.

La búsqueda del éxito profesional y las metas de bienestar económico constituyen el terreno sobre el cual se ha construido buena parte de las decisiones reproductivas de esta pareja. Es en este contexto en el que se puede ubicar el proceso mediante el cual adoptaron como método de anticoncepción, la vasectomía. Desde siempre, habían considerado que su expectativa reproductiva estaría cubierta con dos hijos (preferiblemente del mismo sexo). Jorge expresa: “yo he sido un tipo pragmático y un poco obsesivo en eso. Yo me pongo metas y las cumplo. Con mi esposa dijimos que dos hijos y no más, y ella estaba de acuerdo. Siempre coincidimos en el número de hijos y que fueran del mismo sexo: ella quería hombres y yo mujeres...”. Consideraba el entrevistado, al igual que su pareja, que “dos hijos, pues... listo,... pero uno más...tiene uno que empezar a criar y eso son cinco años más. Mi esposa pensaba en esto. Para mí la parte financiera pesaba en un 80% y la emocional en un 20%...”. Su testimonio ilustra las distintas perspectivas desde las cuales los varones y las mujeres evalúan la llegada de un hijo y la forma como las decisiones procreativas pueden inscribirse de forma coherente, en una historia de vida y en el ámbito de una pareja.

Se puede establecer una continuidad entre su representación de la paternidad y la decisión de adoptar un método contraceptivo definitivo. Si atendemos

a la siguiente de sus respuestas, observaremos cómo el entrevistado extiende, desde su propio relato, un camino lógico de consideraciones, entre su forma de entender y vivir la paternidad y la vasectomía:

En ese momento en que nosotros decidimos tener dos hijos, a mí la paternidad se me volvió un problema, cuando el segundo, porque en cualquier momento salta la liebre y podía venir un tercero. Esa es la razón principal por la cual yo me vasectomicé... mi esposa usó dispositivo durante un año después de la vasectomía, por pura seguridad, porque a mí si me daba pánico un tercer hijo. Es más, yo soñaba, tenía pesadillas con tener un tercer hijo, para mí era una pesadilla tener tres hijos... [...] Representaba fundamentalmente una sobrecarga económica, no emocional...

Así que una vez se ocasiona el segundo embarazo, la posibilidad de la esterilización se erige con claridad, es decir, que una vez cumplida la meta procreativa, la decisión cobra para ambos, plena vigencia. La eventualidad de continuar empleando métodos temporales, estaba de por sí, descartada. Dada las contraindicaciones médicas de la esposa para practicarse la esterilización, corresponde al esposo proceder en consecuencia. Esta decisión se apoya además en el sentido del deber del que hace gala el marido. La vasectomía es significada entonces como una expresión de responsabilidad, aspecto muy valorado socialmente: “los hombres que se practican la vasectomía son muy conscientes de la responsabilidad que tienen sobre sus hijos y ésta es una forma de participar activamente en la planificación...”.

Dice el entrevistado, que la decisión propiamente dicha fue realmente rápida y “pudo haber durado un par de horas”. Expresa no haber comentado acerca de su decisión ni haber buscado información con otras personas, ya que su condición profesional le otorgaba pleno conocimiento sobre el procedimiento. Reporta que durante el proceso de toma de la decisión, la actitud de su esposa constituyó un apoyo importante y cree que el acuerdo existente en aquel entonces se ha mantenido invariable: “nosotros hicimos la vasectomía y jamás volvimos a hablar de eso, como si hubiera llovido el 28 de diciembre y no más. La opinión de mi esposa no ha cambiado, porque nunca se ha vuelto a tocar el tema, ni para bien ni para mal. Mi opinión tampoco ha cambiado”. Podría pensarse que dicha decisión expresa el deseo de Jorge de planear y vigilar el curso de la vida familiar y hace parte de los ámbitos que como varón, debe mantener bajo control.

En este mismo orden de significados, el entrevistado valora su decisión, como una muestra de responsabilidad, pero también como expresión de sus ideas progresistas:

Para mí es un orgullo hacerme la vasectomía y dentro de un grupo machista latino, en el que la gente le huye a eso y tiene muchos tabúes, es un orgullo... porque mucha gente le tiene miedo a eso y no lo hacen por falta de verriquera o por esos tabúes. A mi me enorgullece el hecho, no de ser vasectomizado, si no 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...”

La decisión supone para él, características comportamentales y actitudinales – la templanza en el carácter, la univocidad de las decisiones – que no sólo son percibidas como atributos individuales, sino como rasgos convencionalmente adjudicados a los varones.

El conjunto de elementos expresados, puede conducirnos a pensar que la vasectomía puede ser percibida como una prueba de virilidad¹⁴ en el marco de la adhesión al discurso moderno igualitarista. La idea de igualdad entre hombres y mujeres es históricamente reciente, sobre todo en el ámbito privado. Y aunque efectivamente se esté lejos de esa realidad, no se puede subestimar la fuerza social de esta idea ni la rapidez y amplitud de los cambios (Kaufmann, 1992). Si bien todas las parejas entrevistadas no tienen pactos conyugales igualitarios, todas hablan de éstos, como si un imperativo social las obligara a tomar posición y justificarse frente a éstos. El hombre que no se adhiere a este modelo, se siente culpable de no aplicar el derecho y las reglas morales unánimemente reconocidas. Los hombres que han resuelto practicarse la vasectomía no describen en forma neutra su decisión: la vanidad permea sus palabras, y se pueden percibir algunos rasgos de exageración en su relato que los describe como héroes modernos. Las mujeres mismas hablan con orgullo de estos hombres, sobredimensionando el valor de su decisión. La vasectomía se convierte entonces en una forma de confirmar el acceso del varón al estatus de la masculinidad adulta en las sociedades modernas, en la cual se privilegia

¹⁴ Es importante recordar con Gilmore (1994) que la masculinidad como “la forma aceptada de ser un varón adulto en una sociedad concreta” es algo que debe ganarse, y que una vez que se logra debe mantenerse, porque se puede perder nuevamente.

la responsabilidad en relación con la mujer y los niños y la respetabilidad en el ámbito público sobre el desempeño sexual (Viveros; Gómez, 1998).

La esterilización masculina y la representación en el espacio social

...si bien el rostro social puede ser lo que de más personal posea cualquiera y el centro de su seguridad y placer, sólo lo recibe en préstamo de la sociedad; le será retirado a menos que se conduzca de manera que se lo merezca. Los atributos que le han merecido aprobación y su relación con el rostro de cada quien hacen de todo ser humano su propio carcelero; se trata de un constreñimiento social básico, aun cuando a cada quien le pueda gustar su celda. (Goffman, 1955 apud Hannerz, 1986, p. 240).

La cuarta dimensión por analizar es la de la representación del cuerpo exterior y se inspira en la propuesta de Goffman (1959) de utilizar el modelo dramático como instrumento analítico para examinar la interacción social. Desde este modelo, la vida social se piensa como una representación de actores en el escenario, en el cual es posible distinguir entre la región frontal (el escenario mismo) y los espacios posteriores (entre bastidores). La primera remite a las situaciones o encuentros sociales en los que los individuos juegan papeles formales o instituidos, los segundos se refieren a los momentos y circunstancias en los cuales los actores dan rienda suelta a sus emociones y se preparan para la representación.

Para mostrar la utilidad de la metáfora dramática en el análisis de la representación del cuerpo masculino – en el contexto de la decisión de la vasectomía como método anticonceptivo – acudiré a dos ejemplos. El primero, la descripción de la interacción entre el médico y el paciente en el momento de la esterilización quirúrgica, mostrando las distintas escenas de la trama y la variación de los papeles de los actores involucrados en dichas escenas.¹⁵ El segundo, el contraste entre los temores frente a la vasectomía expresados por los varones (a los orientadores de un Programa de Planificación Familiar y a sus cónyuges) y la presentación de sí que exige el modelo hegemónico de la masculinidad.

¹⁵ Esta descripción se inspira en la interpretación de las interacciones entre las mujeres y el médico durante el examen ginecológico realizada por Henslin y Briggs (1971) citada por Salles y Tuirán (1995, p. 41-42).

El procedimiento quirúrgico o la conversión de un usuario varón en paciente

i) El prólogo es la entrada del varón a la sala de espera, en donde en compañía de otros varones se distiende hablando de fútbol o de generalidades políticas, temas que confirman su pertenencia al género masculino y permiten ocultar sus temores y ansiedades frente al papel de “paciente” que pronto tendrá que asumir con limitados elementos de información previos sobre el procedimiento quirúrgico. Durante el prólogo, este varón, a pesar de su aparente tranquilidad, desarrolla una intensa actividad imaginaria y emocional, pero no se permite expresar sentimientos asociados a la pasividad como la inseguridad, las aprensiones, las dudas y contradicciones.

ii) El primer acto se inicia una vez que el varón entra al área de cirugía y adopta el papel de paciente. El enfermero o enfermera desempeñan un rol muy importante en esta escena. En primer lugar, intentan calmar, en función de su género, cualquier preocupación de su paciente. El enfermero acude a la complicidad de los apuntes humorísticos, la enfermera actúa como posible y maternal confidente. En segundo lugar supervisan que el paciente se desvista, (en este caso particular que se quite los pantalones,¹⁶ prenda de vestir asociada a la masculinidad) y le suministran la ropa adecuada para su nuevo rol de paciente y una manilla de identificación del procedimiento y del paciente. En tercer lugar el paciente vuelve y sale a la recepción acompañado por el enfermero para el procedimiento de rasuración. En cuarto lugar el enfermero lo guía hasta la camilla, le rasura el área de sus genitales (gesto que resulta embarazoso en un contexto cultural en el cual los hombres – como las mujeres – han aprendido que los genitales son la parte más privada de su cuerpo y que su manipulación está asociada a los contactos sexuales) y lo cubre con una sábana, preparándolo para el siguiente acto: la vasectomía propiamente dicha. En este proceso, el varón no sólo pierde temporalmente su identidad social al transformarse en paciente y pasa de ser humano completo, a convertirse en un cuerpo identificado con una bata y una manilla, sino que extravía su identidad genérica al adoptar un rol absolutamente pasivo. Al respecto, es importante considerar que la pasividad siempre ha estado asociada a la feminidad y que

¹⁶ Ponerse los pantalones significa según el diccionario de María Moliner, “hacer alguien afirmación de su autoridad en un sitio; particularmente el marido en la casa”. Por extensión quitarse los pantalones podría entenderse como perder esa autoridad.

el cuerpo masculino se define como tal en tanto cuerpo activo que debe exponerse a riesgos,¹⁷ ser resistente y buscar respeto a través de la violencia y el enfrentamiento a los otros (Jardim, 1995).

iii) El acto central da comienzo en el momento en que el médico urólogo, con la indumentaria propia del cirujano y con los modales fríos y corteses que caracterizan su quehacer profesional entra al escenario. El (o la) enfermero (a) desempeña el papel de tramoyista¹⁸ en esta escena. Su presencia se justifica para asistir al médico en lo que sea necesario y asegurar que el paciente le colabore al reducir sus movimientos, permitiéndole realizar con precisión y celeridad la operación. El médico pregunta a sus pacientes a qué vienen. El sentido de esa pregunta, que parece fuera de lugar en una sala de cirugía, tiene por objetivo confirmar a través de la respuesta del paciente, el carácter unívoco e incuestionable de esta intervención. El intercambio de palabras, si lo hay, discurre de manera desigual y se circunscribe a la demanda de los antecedentes médicos y quirúrgicos del paciente. El tiempo de las dudas y temores ha debido quedar atrás. No es el momento para realizar el ejercicio pregunta – respuesta, ni para discutir la naturaleza y los efectos del procedimiento. El paciente en busca de información ha desaparecido al igual que el interlocutor – informante. Son otros los personajes que se disponen a actuar, con reglas de juego y comportamiento apropiadas para un evento que se materializará en tan sólo diez minutos (Viveros; Gómez; Otero, 1997b).

iv) En el intervalo entre esta escena y la siguiente, el (o la) enfermero (a) vuelve a jugar el papel de tramoyista, ayudando al paciente a recobrar su identidad de “varón”. Con su actitud profesional enfatiza el hecho de que el momento del contacto íntimo con el cuerpo del paciente ha concluido. En este proceso, el paciente se recupera en la sala destinada a tal efecto, sólo o con otros vasectomizados, el (la) enfermero (a) lo levanta de la camilla y lo invita a sentarse; poco tiempo después, el paciente se viste, recobra su indumentaria varonil y el control de la situación, experimentando alivio de que la operación haya concluido, y se prepara para enfrentarse al mundo exterior.

v) El epílogo de la trama se representa cuando el paciente abandona la institución y vuelve a jugar su rol en el escenario habitual tanto público como

¹⁷ Estos riesgos no incluyen por supuesto la posibilidad de perder la potencia sexual.

¹⁸ Tramoyistas son los empleados de teatro que manejan las máquinas con que se realizan en el escenario del teatro los cambios de decoración y los efectos prodigiosos.

privado. En este último escenario, se desarrollan distintos actos que podrían dar lugar a descripciones como la que aquí hemos realizado. Sin embargo, para continuar en la misma línea de argumentación deseo hacer referencia a una escena de gran resonancia emocional para el varón vasectomizado, en la cual participan únicamente él y su cónyuge. Esta escena, el primer acto sexual después de la intervención quirúrgica, es la oportunidad esperada para comprobar la veracidad de la información recibida, es decir si la eyaculación y su erección se producen normalmente, si su deseo sexual ha sufrido o no alteraciones y si conserva todas sus características sexuales sin ninguna disminución.

Los temores masculinos frente a la vasectomía

Ser valiente, es decir *loco*, era la forma suprema de la hombría, y ser cobarde, la más abyecta y vil. (Vargas Llosa, 1993, p. 104).

Los temores de los usuarios pueden ser clasificados según el ámbito en el cual se expresen. Un grupo importante de aprensiones está relacionado con los pocos conocimientos que poseen los usuarios en relación con la anticoncepción y la vasectomía propiamente dicha¹⁹ y tiene que ver con la carencia de una cultura anticonceptiva en su sentido más amplio. Esta se refiere a una tradición y a una producción de significados – en la cual intervienen numerosos actores sociales como los medios de comunicación, el sistema educativo y los agentes de salud – que se transmite de una generación a otra, legitimando las decisiones sobre reproducción como opciones aceptables socialmente (Balán; Ramos, 1989).

Otro grupo de temores que influyen en la aceptación o rechazo de la vasectomía es el de que ésta afecte negativamente su masculinidad o potencia sexual, o ambas cosas. Esta inquietud se expresa en la confusión corriente entre castración y vasectomía. La fuerza de esta asociación no puede explicarse por fuera de la consideración de que la vasectomía en tanto que es un

¹⁹ Esta situación ha sido reforzada por las políticas de planificación familiar que, en consonancia con los valores sociales imperantes, privilegiaron durante largo tiempo a las mujeres como usuarias principales de estos servicios. Es decir, las instituciones prestatarias tuvieron una tradición educativa volcada fundamentalmente hacia ellas, propiciando una cultura anticonceptiva femenina que excluyó a los varones de las decisiones reproductivas.

método definitivo, afecta radicalmente la vida del individuo, pudiendo llegar incluso a modificar su identidad (incluyendo la ineludible pregunta sobre la identidad de género). A pesar de que los usuarios potenciales son previamente informados por los orientadores sobre la diferencia entre cada uno de estos procedimientos, la asociación entre vasectomía y castración persiste obstinadamente, incluso en el momento de la operación. Así lo comenta un orientador haciendo referencia a un paciente, que conjura con humor sus propios temores y los de sus pares:

... Sale (el vasectomizado) de la operación, pero hay tres o cuatro señores más ahí en cirugía, y sale a comentar: “tranquilos muchachos que eso es lo más fácil, eso le sacan a uno un testículo y eso lo castran a uno rapidísimo”. Entonces les toca a los enfermeros decirle: “perdón señor, esos comentarios no se hacen, porque realmente eso no fue lo que le hicieron a usted”...

Algunas inquietudes se refieren a los efectos que puede tener la vasectomía sobre el cuerpo. Constantemente efectúan la ecuación vasectomía = castración = aumento de peso, en la cual el término intermedio – castración – se oculta detrás de la alusión al aumento de peso. Es probable que para el usuario sea difícil hacer explícito su temor a la castración, y que sea menos costoso emocionalmente hablar de la apariencia física que de los posibles efectos de la “castración” sobre su identidad. Este temor, que se alimenta no sólo de su subjetividad, sino de las experiencias de “otros”, manifiesta también su preocupación por la visibilidad social del procedimiento. Siguiendo con las inquietudes relacionadas con los cambios corporales, los oferentes comentan que otra de las preguntas comunes en los usuarios se refiere a los efectos de la operación sobre el tamaño del pene. Teniendo en cuenta que el tamaño del pene se asocia a la potencia sexual, cualquier efecto sobre éste, en particular su reducción, se percibe como altamente riesgoso para el usuario. Igualmente, se manifiesta preocupación por la huella de la operación, la cicatriz, que ubicada en esta región corporal, los genitales masculinos, adquiere un fuerte valor simbólico.

Finalmente, se teme perder la posibilidad de la erección y de no volver a eyacular. Ver modificada la apariencia de la eyaculación – entendida como la marca visible del orgasmo masculino – puede significar para el usuario, cuestionar su *performance* y potencia sexuales, uno de los ejes alrededor de los cuales construye su identidad masculina. Para los varones, el desempeño

sexual es una prueba de su virilidad y por lo tanto, cualquier alteración en él, representa el riesgo de ser descalificado como varón.

En síntesis, los temores masculinos frente a la vasectomía se refieren constantemente y no por azar, a la pérdida de, a la disminución de, y a la alteración de la apariencia (en forma negativa). Esto puede asociarse al hecho de que la masculinidad ha sido construida socialmente en torno a significantes de poder, razón por la cual no puede ser representada como una reducción y un empobrecimiento, sino como una ganancia y un incremento. Por otra parte, la masculinidad no es vivida como una identidad “natural” y por lo tanto obvia, sino por el contrario como una identidad precaria que debe ser constantemente probada (Badinter, 1992; Gilmore, 1994). No basta ser un varón, es necesario parecerlo y demostrarlo públicamente en cada terreno y en cada momento. De esta manera, la vasectomía, equiparada con la castración o la impotencia, resulta ser un elemento amenazante y cuestionador de una identidad masculina centrada en la capacidad para engendrar hijos.

A manera de conclusión

El cuerpo, en la tradición cultural occidental ha sido percibido como fuente de desorden e irracionalidad y por lo tanto ha hecho necesario su control en los niveles individual y colectivo y en las cuatro dimensiones -reproducción, regulación, restricción y representación – del orden que según Turner (1989) es universal a las formaciones sociales. Estas cuatro dimensiones de la geometría de los cuerpos se superponen en la realidad y sólo pueden ser separadas para fines analíticos ya que están estrechamente relacionadas entre sí y podríamos decir, se relevan unas a otras. La reproducción poblacional exige una regulación de los cuerpos en el espacio y la imposición de un régimen del deseo que puede oscilar entre el ascetismo y el hedonismo, en función de las metas buscadas. Además, el orden social, las jerarquías que lo atraviesan y los valores que lo sustentan se representan en el espacio exterior, y se traducen en las formas, usos y códigos que adoptan los cuerpos en la interacción social cotidiana.

En este artículo hemos planteado una reflexión en torno al cuerpo como territorio de las políticas, prácticas y representaciones específicas de la regulación de su uso reproductivo. El orden corporal presente en la esterilización

masculina permite entenderla como una práctica que involucra el cuerpo masculino pero no se reduce a su contenido biológico. En este sentido, esta decisión reproductiva se construye en conexión con un orden social y cultural de género que permite poner en evidencia la valoración, el uso y las atribuciones diferenciadas que se da a los cuerpos masculinos y femeninos (Lamas, 1994).

Este régimen del cuerpo ha generado reacciones y protestas. En el ámbito de la reproducción poblacional, y su regulación por parte de la Institución médica, los movimientos feministas han constituido puntos de resistencia. En este contexto deben entenderse las luchas que se libran actualmente por los derechos sexuales y reproductivos: éstas han criticado la justificación del control de la fecundidad en función de la salud, la equiparación de la salud de las mujeres con la salud materno – infantil, la búsqueda de homogeneización del comportamiento de la población a través de las políticas y programas en el área reproductiva y la expropiación de las decisiones reproductivas por parte de los expertos en el cuidado de la salud; igualmente han denunciado las relaciones de poder que modelan el espacio de las decisiones reproductivas y la ausencia del varón en los procesos reproductivos.

Escoger la esterilización masculina como soporte de la reflexión sobre el orden corporal tiene varias implicaciones. En primer lugar, permite pensar en los varones como actores marcados y orientados por su pertenencia de género. En segundo lugar, desplazar el foco de atención al interior del ámbito reproductivo, concebido como un espacio naturalmente femenino, es decir visibilizar la forma de participación del varón en los eventos reproductivos. En tercer lugar, abordar temas que han sido poco explorados en los varones como el cuerpo, la subjetividad, las emociones y la reproducción y desvincular lo masculino de la racionalidad, la producción y el dominio público. En cuarto lugar, cuestionar la lógica de poder que ha determinado la asignación diferenciada de responsabilidades y derechos.

Finalmente, quisiera señalar algunas limitaciones del modelo propuesto por Turner para interpretar la decisión de la esterilización masculina. La tercera dimensión de este orden, la restricción del deseo, no da cuenta de la totalidad de posibilidades que permite analizar el régimen del deseo implícito en esta decisión. Si bien se puede hablar de la vasectomía como un método que ordena y regula el proyecto de vida, también se puede pensar en la vasectomía como una decisión que libera y estimula el hedonismo. Es así como es “ofrecida” por algunos prestadores de servicios de salud, como la promesa de

un ejercicio ilimitado de la sexualidad... Para algunas parejas, la vasectomía, al despojarlas definitivamente del temor a un embarazo no planeado, propicia la disponibilidad para el erotismo y permite separar la sexualidad de la reproducción vinculándola con la búsqueda del placer (Viveros; Gómez, 1998). Por último quisiera señalar que a pesar de haber presentado en este artículo la esterilización masculina como una decisión individual, no se puede ignorar que ésta es una elección que se construye en la interacción con los "otros significativos" (su pareja, el grupo de pares, los prestadores de servicios de salud) y en relación con los distintos ámbitos en los cuales se desarrolla la vida del varón esterilizado y la de su pareja.

Referencias

- BADINTER, E. *XY de la identidad masculina*. Bogotá: Editorial Norma, 1992.
- BALÁN, J.; RAMOS, S. *La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*. Documento CEDES 29. Buenos Aires, 1989.
- FEATHERSTONE, M. The body in consumer culture. *Theory, Culture and Society*, v. 1, n. 2, p. 18-33, 1982.
- FIGUEROA, J. G. Derechos reproductivos y el espacio de la salud. *DEMOS: Carta Demográfica sobre México*, México, p. 41-42, 1994.
- FIGUEROA, J. G. *Algunas reflexiones sobre la interpretación social de la participación masculina en los procesos de salud reproductiva*. 1995. Ponencia presentada. Seminario Fertility and the male life cycle in the era of fertility decline, Zacatecas, México, 1995.
- FIGUEROA, J. G. Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios. In: PÉREZ, C. G.; FIGUEROA, J. G.; MEJIA, M. C. (Comp.). *Ética y salud reproductiva*. México: PUEG/PUIS/Porrúa, 1996.

FIGUEROA, J. G. *Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva*. 1997. Mimeografiado.

FOUCAULT, M. *Microfísica del poder*. Buenos Aires: Ediciones La Piqueta, 1980.

FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad: la inquietud de sí*. México: Siglo XXI Editores, 1987.

FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. 18. ed. Bogotá: Siglo XXI Editores, 1991.

GILMORE, D. *Hacerse hombre: concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós, 1994.

GOFFMAN, E. *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor Books, 1959.

GONZÁLEZ, A. C. *La doble protección: una conexión entre sexualidad y reproducción*. Proyecto de Investigación. Bogotá, 1997.

GONZÁLEZ, A. C. *Una conexión entre sexualidad y reproducción: el caso de la doble protección: aportes para la sexualidad femenina*. Primer informe de avance. Bogotá, 28 enero 1998.

HANNERZ, U. *Exploración de la ciudad: hacia una antropología urbana*. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.

HARDY, H. *Salud reproductiva y planificación familiar o salud reproductiva vs. planificación familiar*. 1997. Ponencia presentada. IV Congreso latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, Morelos, 2-6 jun. 1997.

JARDIM, D. F. Performances, reprodução e produção dos corpos masculinos. In: LEAL, O. F. (Org.). *Corpo e significado*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995. p. 193-205.

KAUFMANN, J. C. *La trame conjugale: analyse du couple par son Unge*. Paris: Éditions Nathan, 1992.

LAMAS, M. Cuerpo: diferencia social y género. *Debate feminista*, año 5, n. 10, p. 3-32, sept. 1994.

MIRÓ, C. *Política de población: ¿Qué ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Cómo?*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía, 1971. (Serie A, n. 110).

ORDÓÑEZ, M. *La fecundidad en Colombia: niveles, diferenciales y determinantes*. Bogotá: Dane, 1985.

ORDÓÑEZ, M.; OJEDA, G. *La esterilización femenina en Colombia*. Datos Provenientes de Encuestas Nacionales y de PROFAMILIA. Bogotá, 1994.

POPULATION REPORTS. Esterilización masculina. *Population Reports*, Baltimore, serie D, n. 4, Dec. 1984.

PULEO, A. Algunas reflexiones en torno al concepto de sexualidad. In: PULEO, A. *Conceptualizaciones de la sexualidad e identidad femenina: voces de mujeres en la comunidad autónoma de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid, 1994.

SALLES, V.; TUIRÁN, R. Dentro del laberinto. Primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. *Reflexiones*, año 1, n. 6, agosto 1995.

TUIRÁN, R. Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción. In: TUIRÁN, R. *Memorias de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*. México: Secretaría de salud, 1988.

TURNER, B. *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.

VARGAS LLOSA, M. *El pez en el agua*. Barcelona: Seix Barrai, 1993.

VIVEROS, M.; GÓMEZ, F. *La elección de la esterilización masculina: alianzas, arbitrajes y desencuentros conyugales*. Artículo inédito, 1998.

VIVEROS, M.; GÓMEZ, F.; OTERO, E. 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 em Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1997. En prensa.

VIVEROS, M.; GÓMEZ, F.; OTERO, E. *Representaciones y prácticas sociales de la esterilización masculina: un estudio de caso en Bogotá*. Primer, segundo y tercer informe de avance. Bogotá: PGMD/CES, Universidad Nacional de Colombia, 1996-1997.

WEBER, M. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1964.