



Valeria Grabino Etorena

Director: Daniel Jones

De fertilidades y esterilidades: Debates en torno a varones, decisiones reproductivas y anticoncepción en el Uruguay contemporáneo (2006-2013)

14

G SERRA



MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES
UNGS-IDES

Buenos Aires - Diciembre 2014

Universidad Nacional
de General Sarmiento 



FORMULARIO "E" TESIS DE POSGRADO

Este formulario debe figurar con todos los datos completos a continuación de la portada del trabajo de Tesis. El ejemplar en papel que se entregue a la UByD debe estar firmado por las autoridades UNGS correspondientes.

Niveles de acceso al documento autorizados por el autor

El autor de la tesis puede elegir entre las siguientes posibilidades para autorizar a la UNGS a difundir el contenido de la tesis:

- a) Liberar el contenido de la tesis para acceso público.
- b) Liberar el contenido de la tesis solamente a la comunidad universitaria de la UNGS. **X**
- c) Retener el contenido de la tesis por motivos de patentes, publicación y/o derechos de autor por un lapso de cinco años.

a. Título completo del trabajo de Tesis: ***De fertilidades y esterilidades: Debates en torno a varones, decisiones reproductivas y anticoncepción en el Uruguay contemporáneo (2006-2013).***

b. Presentado por (Apellido/s y Nombres completos del autor):
GRABINO, ETORENA, Valeria

c. E-mail del autor: **valeria.grabino@gmail.com**

d. Estudiante del Posgrado (consignar el nombre completo del Posgrado): **Maestría en Ciencias Sociales UNGS-IDES**

e. Institución o Instituciones que dictaron el Posgrado (consignar los nombres desarrollados y completos): **Universidad Nacional de General Sarmiento e Instituto de Desarrollo Económico y Social**

f. Para recibir el título de (consignar completo):
a) Grado académico que se obtiene: **Magíster**
b) Nombre del grado académico: **Ciencias Sociales**

g. Fecha de la defensa: / /
 día mes año

h. Director de la Tesis (Apellidos y Nombres): **Daniel Jones**

- i. Tutor de la Tesis (Apellidos y Nombres): --
- j. Colaboradores con el trabajo de Tesis: --
- k. Descripción física del trabajo de Tesis (cantidad total de páginas, imágenes, planos, videos, archivos digitales, etc.): **Cantidad total de páginas 211.**
- l. Alcance geográfico y/o temporal de la Tesis: **Montevideo, Uruguay (2006-2013).**
- m. Temas tratados en la Tesis (palabras claves): **varones, servicios de salud, anticoncepción, vasectomía.**
- n. Resumen en español (hasta 1000 caracteres):

Resumen

Esta tesis analiza los debates en torno a la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción* que han circulado durante el período 2006-2013 en Uruguay. En la reconstrucción de los mapas de sentido de dicha tríada, la tesis sigue una ruta marcada por las discusiones en torno a la vasectomía, entendida como un *analizador* de masculinidades.

A través de una metodología cualitativa, con un diseño no estructurado que articuló análisis de fuentes documentales, observación participante y entrevistas en profundidad, el trabajo explora el escenario uruguayo en relación a la incorporación de los varones en la agenda de las políticas en salud reproductiva. Incluye los cambios procesados a partir de la promulgación de la Ley 18.426 "Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva" en diciembre del año 2008. En el marco de su implementación se instalan en las instituciones prestadoras de salud, servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva, proceso en el que esta tesis profundiza, atendiendo a las fomas en que se movilizan prácticas y sentidos de profesionales y varones usuarios, en un terreno históricamente feminizado.

Se explora analíticamente el campo de la reproducción y su control, atendiendo a los discursos producidos desde las políticas públicas, así como a los supuestos que manejan y bajo los que operan los profesionales de la salud. Los hallazgos dan cuenta de las representaciones sobre la participación de los varones en los procesos de regulación de la fecundidad, los sentidos que emergen en torno a la opción por la vasectomía y, al

cuerpo sexuado en relación al varón como sujeto reproductivo y la especificidad de la experiencia masculina de la sexualidad.

Este recorrido hace evidente la continuación de la lucha discursiva y de sentidos en nuevos espacios sociales en el marco de la implementación de una nueva política, al tiempo que visibiliza los modos en que se ponen en juego dinámicamente modelos de masculinidades y femineidades para pensar el “ser varón” en el Uruguay contemporáneo.

Palabras claves: varones, servicios de salud, anticoncepción, vasectomía.

o. Resumen en portugués (hasta 1000 caracteres):

Resumo

A dissertação analisa os debates em relação à tríada *homens/decisões reprodutivas/anti-concepção*, que circularam durante o período 2006 – 2013 no Uruguai. Na reconstrução dos mapas de sentido dessa tríada, a tese segue uma rota marcada pelas discussões em relação à vasectomia, entendida como um *analisador* de masculinidades.

Mediante uma metodologia qualitativa, com um desenho não estruturado que articulou o análise de fontes documentais, observação participante e entrevistas em profundidade, o trabalho explora na cena uruguaio em relação à incorporação dos homens na agenda das políticas em saúde reprodutiva. Inclui as mudanças acontecidas a partir da promulgação da Lei 18.426 “*Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva*” em dezembro de 2008. No contexto da implementação instalam-se nas instituições de saúde e serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva, processo em que a dissertação aprofunda, dando atenção às formas em que se ativan práticas e sentidos de profissionais e usuários homens, num campo historicamente feminizado.

Explora-se analiticamente o campo da reprodução e seu controle, dando atenção aos discursos produzidos pelas políticas públicas, assim como aos supostos com que operam os profissionais da saúde. Os dados apresentam as representações dos homens nos processos de regulação da fecundidade, os sentidos que emergem em relação à opção pela vasectomia e, ao corpo sexuado em relação aos homens enquanto sujeitos reprodutivos e à especificidade da experiência masculina da sexualidade.

Esse percurso deixa em evidencia a continuidade da luta discursiva e de sentidos em novos espaços sociais no contexto da implementação de uma nova política, ao tempo que da visibilidade às formas pelas que entram em jogo, de forma dinâmica os modelos de masculinidades e feminidades para pensar o "ser homem" no Uruguai contemporâneo.

Palavras chaves: masculinidade, serviços de saúde, anti-concepção, vasectomia.

p. Resumen en inglés (hasta 1000 caracteres):

Abstract

This thesis analyses debates around the triad males-reproductive decisions-contraception which have taken place from 2006 to 2013 in Uruguay. In the reconstruction of meaning maps of such a triad, the thesis follows a path set by discussions about vasectomy as an analyzer of masculinities.

Through a qualitative methodology, using a non-structured design which articulates documentary sources, participant observation and in-depth interviews, the study explores the Uruguayan scenario in relation to incorporating males in political agendas of reproductive health. It includes changes associated to the promulgation of Law 18.426 "Defence of sexual and reproductive health rights" in December 2008. As part of its implementation, integral sexual and reproductive health services were installed in health care institutions; this thesis deepens into such a process, approaching the ways in which practices and meanings of health professionals and male users are mobilized, in historically feminised grounds.

The field of reproduction and its control is explored analytically, giving especial attention to discourses produced by public policies, as well as premises used by them and under which health professionals operate. Findings account for representation on male participation in processes of fecundity regulation, meanings emerging around the vasectomy option, as well as for the sexed body regarding the male as a reproductive subject and the specificity of the masculine experience of sexuality.

The path followed by this thesis evidences the continuation of discourse and meaning fight in new social spaces, as part of implementing a new policy. It also visualises ways in which masculinity and feminity models are dynamically brought into play to think of "being male" in contemporary Uruguay.

Key words: males, health services, contraception, vasectomy.

q. Aprobado por (Apellidos y Nombres del Jurado):

Firma y aclaración de la firma del Presidente del Jurado:

Firma del autor de la tesis:

Agradecimientos.

Este trabajo es fruto de un proceso de formación no exclusivamente académico donde participaron muchas personas a las que quiero agradecer:

Al Comité Académico del Posgrado en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de General Sarmiento y del Instituto de Desarrollo Económico y Social, por permitirme continuar mis estudios y otorgarme una beca completa para participar de la Maestría durante 2008 y 2009 y luego, para la cursada del Doctorado en 2011. También por responder siempre de forma comprensiva a mis inquietudes.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación por el incentivo a la investigación que recibí desde el 2009 al 2013 como Candidata a Investigadora del Sistema Nacional de Investigadores. El Programa de Pasantías a Centros de Reconocida Calidad de la Comisión Sectorial de Investigación Científica, me financió parte de los costos de los viajes semanales a Buenos Aires durante 2008, 2009, 2010 y 2011. Ambos programas facilitaron enormemente mi participación en el Posgrado.

Al equipo docente y administrativo del IDES por el respeto de siempre y los aprendizajes. Fueron muy importante para dar cierre a este proceso los apoyos de Elizabeth Jelin así como el de Pedro Núñez y Andrés Freijomil como Coordinadores Académicos de la Maestría.

A Daniel Jones, Director de esta tesis por los diálogos disciplinares, su lectura siempre rigurosa y por problematizar mis evidentes. También por ayudarme a “encontrar la clave para enfrentar los riesgos de la escritura”.

Por sus sugerencias y aportes enriquecedores en distintos momentos del trabajo:

Al equipo docente y de vecinos de la Colonia Fernández Crespo, por despertarme el interés en las masculinidades.

A los y las docentes del curso “Investigación social en sexualidad” (IASSCS), especialmente a Angélica Motta y Fabíola Rohden que comentaron mi perfil de investigación. A mis compañeros de estudio, en especial a Nádia Meinerz, Carol Pavajeau, Camilio Antillón y Alberto Teutle (in memoriam). Gracias por tantas interpelaciones durante aquella estadía "faraónica", en la Lima del invierno del 2007.

A Mara Viveros por facilitarme sus producciones con generosidad. A Shevy por su confianza y exigencia. A Rosana Guber por movilizarme en la necesidad de mirarme críticamente como investigadora. A Valeria Hernández por ayudarme a esbozar la idea de la vasectomía como analizador. A Máximo Badaró por sus comentarios al borrador del proyecto de tesis y por las perspectivas novedosas aportadas. A Ramiro Segura y a Carla Gras por sus provocaciones y por la estimulación durante la elaboración del Plan de Tesis. Por sus lecturas, a los compañeros/as con los que compartimos los talleres. A Andrea Daverio por comentar un avance de este trabajo. A Agustina Cepeda por los intercambios.

A Horacio Sívori, Adriana Vianna y Mario Pecheny por sus críticas y orientaciones en el Grupo de Trabajo “Perspectivas antropológicas sobre sexualidades, salud y justicia” de la Reunión de Antropología del Mercosur en 2009.

A los docentes y estudiantes de la Escuela de verano "Desigualdades interdependientes desde una perspectiva global. Asimetrías de clase, género, raza y etnicidad en América Latina" (Univ. Libre Berlín-IDES), en especial a Verena Stolcke por sus recomendaciones analíticas.

A Lilián Celiberti y Valeria Ramos por sus comentarios en el Coloquio de Antropología de la Reproducción en 2012.

A Cynthia del Río Fortuna y a Zulmira Newlands Borges por los diálogos generados en el Grupo de Trabajo "Políticas Públicas, género y sexualidad: reflexiones metodológicas desde la antropología social" de la Reunión de Antropología del Mercosur 2013.

A las integrantes del Programa Género, Cuerpo y Sexualidad de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, especialmente a Susana Rostagnol, Serrana Mesa y Mariana Viera, compañeras de tantas interrogantes y que me leyeron cuidadosamente en las últimas etapas.

A Pilar Uriarte por su lectura a mitad del texto y por darme claves para continuar. A Julieta Bengochea y Noel González por sus aportes académicos. A Gabriela Yapor por su asesoramiento en aspectos jurídico-legales. A Sandra Pintos por su facilitarme el acceso al Archivo del Centro de Estudios Interdisciplinarios de Latinoamérica de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. A Nicolás Duffau por las orientaciones en la búsqueda de documentación sobre la esfera íntima en la historia reciente.

A Arnaldo Gomensoro (in memoriam) y a Elvira Lutz por abrirme las puertas de su casa, compartir su sabiduría profesional y de vida y por incomodarme sobre mi escritura.

Un profundo agradecimiento a quienes hicieron posible mi trabajo de campo:

A quienes me facilitaron contactos con varones que habían optado por la vasectomía. A los varones contactados que no llegué a entrevistar pero que demostraron su interés en mi investigación.

A los varones que sí entrevisté y a sus parejas por compartir conmigo sus experiencias, sus certezas y sus preguntas con tanta apertura y honestidad. A los representantes institucionales y referentes de programas sanitarios que habilitaron mi participación en diversas instancias y a todos/as los profesionales de la salud que fueron entrevistados/as para esta investigación, quienes me recibieron siempre de forma generosa y respetuosa, facilitándome contactos de varones usuarios y de otros profesionales, así como documentación valiosa para mi trabajo.

Espero haber reflejado en este trabajo algo de tantos intercambios valiosos. Por supuesto, el resultado final es de exclusiva responsabilidad mía.

Gracias a quienes me acompañaron en este proceso:

A mis amigos y anfitriones en Buenos Aires que siempre me hicieron sentir como en casa. A Fernanda Portorrico, una inmensa gratitud por recibirme en su hogar durante dos años de forma sostenida. A los/as compañeros de la generación de Maestría con los que compartimos muchos sábados de clase en la UNGS y muchas discusiones. Especialmente a Eleonora Bretal, Luis Barrionuevo, Juan Castaño y Cecilia Anigstein por tantos cuidados durante mis viajes. A Carlos Santos por tantas cruzadas de charco y por inspirarme en la experiencia de vivir en Montevideo y

estudiar en Buenos Aires.

A los/as compañeros/as de trabajo que cubrieron mis ausencias en distintos momentos del Posgrado:

En la Red Uruguaya de Autonomías y en el Programa Género, Cuerpo y Sexualidad durante varios momentos de investigación. También a los compañeros/as de las Unidades Académicas y Decanato de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, especialmente a Victoria Evia, Raquel Giorgiadis, Lucía Arimón, Bianca Vienni, Lucía Abbadie, Jimena Alonso, Santiago Alzugaray y Mariana Monné. Durante la última etapa de la tesis, a mis compañeros/as del Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio, Carlos Santos, María Noel González, Gabriel Barrero, Gastón Lamas, Dulcinea Cardozo, Eugenia Viñar y Nicolás Robledo. A Álvaro Rico y a Humberto Tommasino por sus apoyos.

A Gustavo Serra por su dibujo. A los/as amigos/as que siempre están. A las amigas de la vida por tanto amor y por ayudarme enormemente y de distintos modos con esta tesis: Victoria, Carolina, Lucía, Lola, Verónica, Lorena, Carola, Jimena, Julieta, Noel, Victoria, Mariana y Serrana.

A mi familia. A Patricia y Oscar. A Charly, por lo que viene.

Resumen

Esta tesis analiza los debates en torno a la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción* que han circulado durante el período 2006-2013 en Uruguay. En la reconstrucción de los mapas de sentido de dicha tríada, la tesis sigue una ruta marcada por las discusiones en torno a la vasectomía, entendida como un *analizador* de masculinidades.

A través de una metodología cualitativa, con un diseño no estructurado que articuló análisis de fuentes documentales, observación participante y entrevistas en profundidad, el trabajo explora el escenario uruguayo en relación a la incorporación de los varones en la agenda de las políticas en salud reproductiva. Incluye los cambios procesados a partir de la promulgación de la Ley 18.426 “Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva” en diciembre del año 2008. En el marco de su implementación se instalan en las instituciones prestadoras de salud, servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva, proceso en el que esta tesis profundiza, atendiendo a las fomas en que se movilizan prácticas y sentidos de profesionales y varones usuarios, en un terreno históricamente feminizado.

Se explora analíticamente el campo de la reproducción y su control, atendiendo a los discursos producidos desde las políticas públicas, así como a los supuestos que manejan y bajo los que operan los profesionales de la salud. Los hallazgos dan cuenta de las representaciones sobre la participación de los varones en los procesos de regulación de la fecundidad, los sentidos que emergen en torno a la opción por la vasectomía y, al cuerpo sexuado en relación al varón como sujeto reproductivo y la especificidad de la experiencia masculina de la sexualidad.

Este recorrido hace evidente la continuación de la lucha discursiva y de sentidos en nuevos espacios sociales en el marco de la implementación de una nueva política, al tiempo que visibiliza los modos en que se ponen en juego dinámicamente modelos de masculinidades y femineidades para pensar el “ser varón” en el Uruguay contemporáneo.

Palabras claves: varones, servicios de salud, anticoncepción, vasectomía.

Abstract

This thesis analyses debates around the triad males-reproductive decisions-contraception which have taken place from 2006 to 2013 in Uruguay. In the reconstruction of meaning maps of such a triad, the thesis follows a path set by discussions about vasectomy as an analyzer of masculinities.

Through a qualitative methodology, using a non-structured design which articulates documentary sources, participant observation and in-depth interviews, the study explores the Uruguayan scenario in relation to incorporating males in political agendas of reproductive health. It includes changes associated to the promulgation of Law 18.426 "Defence of sexual and reproductive health rights" in December 2008. As part of its implementation, integral sexual and reproductive health services were installed in health care institutions; this thesis deepens into such a process, approaching the ways in which practices and meanings of health professionals and male users are mobilized, in historically feminised grounds.

The field of reproduction and its control is explored analytically, giving especial attention to discourses produced by public policies, as well as premises used by them and under which health professionals operate. Findings account for representation on male participation in processes of fecundity regulation, meanings emerging around the vasectomy option, as well as for the sexed body regarding the male as a reproductive subject and the specificity of the masculine experience of sexuality.

The path followed by this thesis evidences the continuation of discourse and meaning fight in new social spaces, as part of implementing a new policy. It also visualises ways in which masculinity and feminity models are dynamically brought into play to think of "being male" in contemporary Uruguay.

Key words: males, health services, contraception, vasectomy.

Resumo

A dissertação analisa os debates em relação à tríada *homens/decisões reprodutivas/anti-concepção*, que circularam durante o período 2006 – 2013 no Uruguai. Na reconstrução dos mapas de sentido dessa tríada, a tese segue uma rota marcada pelas discussões em relação à vasectomia, entendida como um *analisador* de masculinidades.

Mediante uma metodologia qualitativa, com um desenho não estruturado que articulou o análise de fontes documentais, observação participante e entrevistas em profundidade, o trabalho explora na cena uruguaio em relação à incorporação dos homens na agenda das políticas em saúde reprodutiva. Inclui as mudanças acontecidas a partir da promulgação da Lei 18.426 “*Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva*” em dezembro de 2008. No contexto da implementação instalam-se nas instituições de saúde e serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva, processo em que a dissertação aprofunda, dando atenção às formas em que se ativam práticas e sentidos de profissionais e usuários homens, num campo historicamente feminizado.

Explora-se analiticamente o campo da reprodução e seu controle, dando atenção aos discursos produzidos pelas políticas públicas, assim como aos supostos com que operam os profissionais da saúde. Os dados apresentam as representações dos homens nos processos de regulação da fecundidade, os sentidos que emergem em relação à opção pela vasectomia e, ao corpo sexuado em relação aos homens enquanto sujeitos reprodutivos e à especificidade da experiência masculina da sexualidade.

Esse percurso deixa em evidencia a continuidade da luta discursiva e de sentidos em novos espaços sociais no contexto da implementação de uma nova política, ao tempo que da visibilidade às formas pelas que entram em jogo, de forma dinâmica os modelos de masculinidades e feminidades para pensar o “ser homem” no Uruguai contemporâneo.

Palavras chaves: masculinidade, serviços de saúde, anti-concepção, vasectomia.

Índice

Capítulo Introductorio	8
i- Parpadear: sobre la construcción del objeto de estudio. Presentación del tema, fundamentación y relevancia.....	8
ii- Alcance, objetivos y preguntas de investigación.	17
iii- Estructura del texto.	21
Capítulo I. Aspectos metodológicos.	23
i- Diseño metodológico.	23
ii - Reflexiones sobre incidentes y espacios de género en el proceso de investigación.	32
Capítulo II. Estado del arte y marco conceptual	37
i- Antecedentes de investigación.	37
ii- Discusiones en torno a varones, reproducción y regulación de la fecundidad desde una perspectiva de masculinidades.....	44
Capítulo III. El campo del control de la fecundidad y la anticoncepción en Uruguay	54
i- Panorama del comportamiento reproductivo contemporáneo en Uruguay	54
ii. De “excepcionalidades”: miradas históricas para la comprensión de debates actuales sobre políticas de población.....	58
iii- Periodización de las políticas públicas, legislación, demandas de la sociedad civil y otros agentes tomando la palabra sobre la esfera íntima.	64
iv- Prácticas anticonceptivas de la población uruguaya.	79
Capítulo IV. Producciones discursivas en torno a varones, salud reproductiva y vasectomía .84	
i- Antecedentes y contexto de promulgación de la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”.....	84
ii- Servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva. Oportunidades para el involucramiento de los varones.....	97
iii- Los varones como paciente-usuarios. El emergente “disfunciones sexuales masculinas”. 107	
Capítulo V. “Quedar estéril”: la vasectomía como analizador de masculinidades.	117
i- Biografía de un método anticonceptivo no reversible en el marco de diferentes paradigmas de atención en salud reproductiva.....	117
ii- Acceso a la vasectomía.....	129
iii- De decisiones distinguidas a la vasectomía como método anticonceptivo.	137
iv- Una cirugía sencilla: la mirada de los efectores de salud sobre la técnica.....	148
v- Diferencia sexual y sexualidad(es): argumentos científicos y avance tecnológico en anticoncepción masculina.	158
Discusiones finales	174
Pensar el “ser varón” en Uruguay desde los debates en torno a la tríada varones- decisiones reproductivas- anticoncepción.	174
Referencias	186
Bibliográficas.....	186
Fuentes.....	201
Anexos	209

Capítulo Introductorio

i- Parpadear: sobre la construcción del objeto de estudio. Presentación del tema, fundamentación y relevancia.

“Lo que resulta alarmante en el animal con los ojos duros y la mirada seca es que ve todo el tiempo. El hombre puede bajar el diafragma y regularlo, puede limitar la vista para percibir mejor, recordar y aprender” (Derrida, 1994: 171).

Esta tesis tiene como objeto de estudio los debates en torno a la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción* que han circulado durante el período 2006-2013 en el contexto uruguayo.

En la reconstrucción de los mapas de sentido de dicha tríada, la investigación ha seguido una ruta marcada por las discusiones en torno a la vasectomía, anticoncepción quirúrgica masculina, entendida como un analizador de masculinidades. Esta definición supone tomar el caso de la vasectomía como ejemplar, desplegando a partir de él una interpretación más profunda del modo de comunicación y las lógicas sociales asociadas. De otro modo, se entiende la vasectomía como un concepto explicativo, paradigmático de dimensiones del campo de la reproducción (Hernández, 2006).

Cabe aquí realizar algunas puntualizaciones sobre el proceso de construcción del objeto de estudio y los recorridos de la investigación.

El primer acercamiento que tuve a la temática de la vasectomía fue alrededor del año 2002 a través del artículo de Mara Viveros “Orden corporal y esterilización masculina” (Viveros, 1998). Para ese entonces, era estudiante de Ciencias Antropológicas y quedó resonando la necesidad de “mirar” a los varones desde los estudios de género, sexualidad y reproducción, campo de investigación en el que estaba incursionando¹.

1 En el texto de la tesis se alterna entre el uso de la primera persona y del nosotros inclusivo.

Más adelante, entre los años 2005 y 2007 llevé a cabo un proyecto de investigación sobre salud sexual y salud reproductiva en el medio rural uruguayo². Durante el trabajo de campo, se observaron los diversos modos en que la salud reproductiva es feminizada en discursos y prácticas, tanto de varones como de mujeres y en consecuencia, las resistencias existentes para el involucramiento de los varones en este terreno. En aquel trabajo daba cuenta de las resistencias a la medicalización del cuerpo masculino (por ejemplo, a través de la realización de estudios de fertilidad) y en particular, al uso de métodos anticonceptivos con "control masculino".

Con ese antecedente, en el año 2007 tuve la oportunidad de participar como becaria en un curso de "Investigación social en sexualidad"³ en cuyo marco elaboré el primer borrador de un proyecto de investigación sobre vasectomía en Uruguay. A partir de los aportes de docentes y compañeros/as del curso, postulé en el 2008 a la Maestría en Ciencias Sociales (UNGS-IDES) con algunas ideas preliminares a desarrollar en la tesis.

Más allá de dar cuenta de un recorrido personal (que siempre enmarca los temas de investigación que se emprenden), me interesa realizar algunas apreciaciones sobre los necesarios ajustes y recortes realizados a aquellas ideas preliminares y que concluyen con la presentación de este trabajo.

Las ideas preliminares de la tesis incluían algunas preguntas de investigación. Quizás, la más relevante en términos de mis preocupaciones entonces era: ¿De qué forma los significados de los varones en torno a la vasectomía se vinculan con la construcción de masculinidades hegemónicas y nuevas masculinidades en el campo

2 "Construyendo identidades de género: Prácticas y Significados en torno a salud sexual y reproductiva en una población del medio rural uruguayo" Investigación financiada por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (CSIC- UDELAR), Programa Iniciación a la Investigación, período 2005-2004. Informe Final sin publicar.

3 Curso "Investigación social en sexualidad" realizado en el marco de la Sexta Conferencia Internacional IASSCS "Placeres Des/organizados- Cuerpos, Derechos y Culturas en Transformación". Organizado por International Association for the Study of Sexuality, Culture and Society, (IASSCS)- Universidad Peruana Cayetano Heredia- Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM), Julio 2007, Lima-Perú.

de la salud reproductiva, campo tradicionalmente marcado por las desigualdades entre los géneros?

De este modo, al trazar algunas hipótesis de trabajo o líneas de análisis a profundizar, delineaba dos centrales:

- a) La toma de decisiones en torno a la vasectomía puede significar un acto “subversivo” en relación a la masculinidad hegemónica.
- b) Las políticas públicas en Uruguay han invisibilizado este método anticonceptivo y por tanto, han colaborado en la naturalización de la diada mujer-control reproductivo.

Por un lado, aquellas ideas preliminares encerraban supuestos fuertes. En diversas conversaciones con colegas del ámbito académico me vi en la necesidad de explicitar mi posición, de dar cuenta de posibles intenciones políticas en el estudio sobre masculinidades y anticoncepción. Intenté incorporar críticamente estas apreciaciones, lo que redundó positivamente en cambios en mi mirada sobre el campo de estudio y la experiencia de la vasectomía. Quizás, inclinándome por un proceso de construcción de conocimiento entendido como “vaivén inestable o equilibrio tensional entre, por un lado, el compromiso con una realidad que nos envuelve y nos atraviesa fuertemente, y por el otro, el obligado distanciamiento crítico” (Svampa, 2008: 179). El resultado fue un alejamiento en la búsqueda de “nuevas masculinidades” (*versus* “masculinidades hegemónicas”) intentando dar cuenta de territorios en disputa y en contradicción. Giro teórico-metodológico que coincidió con el conocimiento producido sobre el tema para el contexto latinoamericano.

Por otro lado, aquellas ideas preliminares se interrogaban por las políticas públicas en salud que en Uruguay, históricamente han invisibilizado al varón en el campo de la salud reproductiva y con ello, a los métodos anticonceptivos con “control masculino”, especialmente a la vasectomía. Incluso al momento de elaborar el Plan de Tesis en el período 2009-2010, era posible afirmar que en Uruguay no existían servicios especializados en salud sexual y reproductiva dirigidos a varones, y menos aún de anticoncepción quirúrgica masculina.

Sin embargo, la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” de diciembre de 2008 y, fundamentalmente, su reglamentación en setiembre de 2010, coloca un nuevo escenario para nuestra investigación, generando nuevas preguntas. Se incorporó la necesidad de garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables, la inclusión del varón en el sistema de salud y el derecho a la vasectomía con consentimiento informado del hombre.

Un primer análisis de situación implicaba interrogarse por ese giro de las políticas públicas en torno a la vasectomía: de su invisibilización a “vasectomía a precio de ticket”⁴. ¿En qué medida, en este nuevo contexto, la problematización realizada en el Plan de Tesis era vigente? ¿En qué medida las preocupaciones teóricas tenían sentido en un contexto sanitario inclusivo para los varones y habilitante para la opción por la vasectomía?

Reconociendo el cambio cualitativo, me incliné por pensarlo como un momento analítico productivo para el análisis de los debates en torno a la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*. Desde las políticas públicas se empezaron a movilizar y tensionar sentidos y prácticas de efectores de salud y de potenciales usuarios que permiten definir este trabajo como una *investigación de la transición*, dejando planteado el interrogante sobre un nuevo escenario para la incorporación de los varones en la agenda de las políticas sobre reproducción, anticoncepción y en particular, la vasectomía como método elegible.

Fundamentación y relevancia.

Al trabajar sobre los debates en torno a la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción* que han circulado durante el período 2006-2013 en el contexto uruguayo, se incorporan necesariamente al análisis las dimensiones de lo

4 En el mes de diciembre del año 2010 varios medios de prensa publicaron la noticia que la vasectomía y la ligadura tubaria comenzarían a realizarse a precio de receta médica (“de ticket”) en Uruguay.

público y de lo privado, entendidas como "la gran divisoria del mundo que marca, en cada coyuntura, cuáles sujetos/as y cuáles asuntos pueden o no ser debatidos legítimamente en el espacio público político" (Brown, 2009: 11).

La noción de espacio público ha sido históricamente objeto de polémicas, así como su contraparte, el espacio privado:

es público lo que se realiza en el espacio tradicionalmente definido como tal, en contraposición con el espacio privado familiar. Son públicos aquellos asuntos relacionados con el Estado y con las acciones que tienen que ver con cuestiones generales y sociales. Y en ese sentido público también se liga con político, con aquello que no depende de decisiones individuales, íntimas o privadas sino de asuntos de interés colectivo. (Brown, 2009: 13)

Desde las perspectivas feministas se ha tematizado sobre la artificialidad del constructo público-privado y las consecuentes valoraciones diferenciales y jerárquicas de cada espacio (Pateman, 1995; 1996). Todas estas acepciones tienen implicancias para nuestro objeto de estudio.

Al reflexionar sobre debates en torno a varones, decisiones reproductivas y anticoncepción podríamos pensar en categorías antagónicas, donde "debates" y "varones", remitiría al espacio público, mientras que "decisiones reproductivas" y "anticoncepción" lo haría con respecto al espacio privado, a la esfera íntima. Sin embargo, se trata de una falsa oposición ya que dichas fronteras se desdibujan y de acuerdo al contexto socio-histórico, pueden movilizarse.

Al mismo tiempo, entender la distinción público/privado como una construcción, o categoría ficticia en tanto los espacios dialogan constantemente, no implica invisibilizar el modo en que los sujetos hacen uso de ella, de los sentidos que adquiere en la vida cotidiana y de los puentes cognitivos que se establecen entre el espacio privado y el público, es decir categorías y valoraciones nativas, constituyentes de la cultura política, actuando en el seno de las relaciones sociales (Isla, 2006).

Esta doble perspectiva asumida, una crítica a la gran divisoria entre la esfera pública y la privada, al tiempo que el reconocimiento de sus usos sociales y de la necesidad de repensar el modo en que se definen y articulan, habilita un análisis

complejo de los términos de la investigación: debates/varones/decisiones reproductivas/anticoncepción.

Centrándonos en la esfera de la sexualidad, donde se juegan las decisiones reproductivas y las prácticas anticonceptivas, es preciso destacar que ha sido de difícil clasificación a lo largo de la historia, de acuerdo a diferentes posiciones de la teoría política basadas en la primacía de lo privado/individual o de lo social/colectivo:

vista desde una perspectiva liberal, la sexualidad -incluida la reproducción o no de la especie- pertenece al ámbito íntimo y privado. Para una perspectiva de tradición republicana -y particularmente en su visión comunitarista- este es un asunto que pertenece a aquellos que se dirimen en el ámbito público mediante la aplicación de políticas sexuales (leyes de matrimonio, divorcio, adopción, concubinato, códigos de convivencia, etc) y, sobre todo, políticas demográficas concretas. (Brown, 2009: 14)

De acuerdo a Brown, la "polisemia" identificada en torno a la sexualidad, se explica porque es justamente la esfera que opera como bisagra entre la gran división público/privado.

Es preciso des-naturalizar los discursos del sentido común sobre la sexualidad y la reproducción, al tiempo que analizar el modo en que las perspectivas mencionadas toman protagonismo en la configuración de la intimidad de los sujetos como una esfera de debate, en diferentes contextos y momentos históricos.

Resulta útil entonces retomar el aporte de Foucault (1994: 4), quien propone “contornear los universales antropológicos, tanto como sea posible, para interrogarlos en su constitución histórica (y, por supuesto, también los de un humanismo que haría valer los derechos, los privilegios y la naturaleza de un ser humano como verdad inmediata e intemporal del sujeto)”. Estas reglas metodológicas, invitan a problematizar y complejizar las miradas al campo de la sexualidad y en particular, al campo de los derechos sobre la sexualidad y la reproducción, sus luchas y sus debates. Si aceptamos la perspectiva foucaultiana, el acento no estará puesto ya en

quién posee o no posee el poder, sino en el campo de las relaciones de fuerza⁵. Al decir de Foucault (1998: 124) es necesario interrogar a los discursos sobre el sexo en dos niveles: “su productividad táctica (qué efectos recíprocos de poder y saber aseguran) y su integración estratégica (cuál coyuntura y cuál relación de fuerzas vuelve necesaria su utilización en tal o cual episodio de los diversos enfrentamientos que se producen)”. En este sentido, si bien el trabajo ha justificado un recorte temporal (2006-2013), se hace necesario incorporar una mirada histórica en el análisis.

La esfera "íntima", constituida por la sexualidad y la procreación/reproducción, es considerada en este trabajo con cualidad pública, en su acepción política.

La esfera íntima es política en el sentido propuesto por las feministas de mediados del siglo veinte que basaron sus reivindicaciones en torno a la idea de "lo personal es político", expresada hoy en los "derechos sexuales y reproductivos" y que exige el despliegue y reconocimiento de múltiples ciudadanías.

La esfera íntima es política también, en el sentido propuesto por Foucault, en tanto la sexualidad –en el juego de relaciones de poder- es uno de los elementos mayormente dotados de instrumentalidad. Entre los grandes conjuntos estratégicos que a partir del SXVIII, despliegan a propósito del sexo dispositivos específicos de saber y poder, Foucault (1998: 127) mencionará la socialización de las conductas procreadoras, como medidas sociales o fiscales a la fecundidad de las parejas⁶, no ya desde la represión de las conductas sexuales, sino a través de la producción de modos legítimos de experimentar la sexualidad y de reproducirse, o no hacerlo.

Este trabajo recoge entonces esta doble perspectiva de la *politicidad* de la esfera íntima para el análisis de los debates sobre varones y anticoncepción. Al mismo tiempo, desde esa perspectiva, se hace preciso reconocer la posibilidad de agencia de los sujetos y dejar abierto un espacio para la autonomía de los cuerpos.

5 La concepción del poder que propone Foucault, se opone al modelo del Derecho, e implica el análisis de un campo múltiple y móvil de relaciones de fuerza donde se producen efectos globales, de dominación (Foucault, 1998: 124).

6 Foucault menciona además: la histerización del cuerpo de la mujer; la pedagogización del sexo del niño y la psiquiatrización del saber perverso.

Por lo dicho anteriormente, el trabajo que se presenta tensa parte de los supuestos que subyacen a las concepciones sobre la esfera íntima. Más allá de cuáles sean las perspectivas teóricas desde las cuales se piense dicha esfera, los/as sujetos que se han movilizadado y reclamado por la transformación de un punto de vista particular (privado) en un asunto de escucha universal (público) -"justicia erótica" en Rubin (1989)- han sido las mujeres y los "considerados o consideradas los y las particulares, los y las otros/as de la historia" (Brown, 2009: 26).

Por su parte, Raupp Ríos (2004) resalta que la sexualidad ha sido abordada en los instrumentos internacionales a partir de la legítima preocupación en torno a la situación de las mujeres y en particular, situaciones de vulnerabilidad, tales como discriminación, violencia sexual, acceso a anticonceptivos o abortos. Es decir, la perspectiva está centrada en "la situación de violación de derechos enfrentadas por las mujeres, vistas tanto como víctimas de discriminación o de violencia, y como seres humanas involucradas directa y particularmente en la reproducción". El autor propone ampliar esta perspectiva desarrollando un "derecho democrático de la sexualidad", que implica incorporar nuevos sujetos de las categorías jurídicas y nuevas demandas, entre ellos, los varones y otros sujetos históricamente excluidos de los debates en este terreno.

Sin desestimar los logros en el reconocimiento de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, Raupp Ríos deja planteada una invitación a interrogar los dispositivos constitucionales existentes, en tanto

para su concretización y efectividad, estos dispositivos fundamentales nacionales e internacionales, deben ser objeto de estudio y sistematización, y demandan reflexión teórica a la academia y el compromiso de los/as integrantes del sistema de impartición y procuración de justicia. (Raupp Ríos, 2004: 170-171)

Este ejercicio, deviene en una serie de interrogantes. Entre ellas: ¿cómo es posible incluir a los varones como sujetos de un "derecho democrático de la sexualidad"? ¿En qué medida es aceptable teórica y políticamente, hablar de derechos

reproductivos de los varones? Y luego, ¿cómo serían las leyes, los servicios de salud y las encuestas en términos reproductivos si pudiésemos hablar de derechos reproductivos de los hombres?⁷.

El desafío que plantea el trabajo, entonces, es indagar en los debates públicos en torno a la esfera íntima y, en particular, a la dimensión tradicionalmente feminizada del control de la reproducción, cuando los sujetos que ejercen derechos y -en ocasiones- reclaman cierta "justicia erótica", no son ya los "otros/as" de la historia, sino varones heterosexuales⁸.

El foco puesto en estos debates permite problematizar los modos en que se significa el "ser varón" y los modelos de masculinidad -en contrapunto con los modelos de feminidad- que se legitiman, cuestionan, desprecian o transforman en diversos espacios sociales. Así, el campo de la reproducción y su control, es interrogado en su centralidad -bien como criterio excluyente, bien como criterio incluyente- en los procesos de construcción de masculinidades en el Uruguay contemporáneo.

La investigación que aquí se presenta intenta contribuir en dos sentidos. Dentro del ámbito local, profundizando en los estudios sobre varones en general, y varones y anticoncepción en particular, desde abordajes cualitativos y comprensivos. Dentro del ámbito regional recuperando los estudios sobre masculinidades y anticoncepción no reversible y profundizando en dimensiones abordadas por la producción existente en América Latina, alentando estudios comparativos que den cuenta del modo en que las masculinidades se configuran y reconfiguran en diferentes escenarios donde categorías como clase, raza-etnia y edad cobran relevancia.

7 Pregunta planteada por el filósofo mexicano Juan Guillermo Figueroa-Perea en su Conferencia en el "IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades. Políticas públicas y acciones transformadoras", Montevideo, 2011.

8 Raupp Ríos (2004) afirma que el paradigma del sujeto de derecho fue definido como: masculino, blanco, europeo, cristiano, heterosexual. Por tanto, se hace necesario incorporar otras dimensiones como raza-etnia, clase social, edad, para problematizar la categoría "varones heterosexuales" como categoría homogénea.

ii- Alcance, objetivos y preguntas de investigación.

La investigación toma como período de estudio los años 2006 a 2013, entendiendo que se trata de un momento productivo analíticamente para los objetivos definidos.

A fines del año 2005, se presentan las “Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles)” publicación del Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud y Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del Uruguay, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Si bien es necesario rastrear algunos programas de salud que las anteceden, fueron presentadas desde Presidencia, como el primer capítulo de la serie de publicaciones del Ministerio de Salud Pública en Salud Reproductiva y marcando un nuevo rumbo de las políticas públicas sobre salud sexual y salud reproductiva en Uruguay, en el contexto de un cambio en el modelo de la salud, con prioridad en el primer nivel de atención, enfoque integral e inclusivo (Presidencia de la República, 29/11/05).

El entonces Director General de la Salud argumentaba en el Prólogo a la Guía que el material está

dirigido a los equipos de salud del país que asisten a mujeres y varones de todas las edades, poniendo énfasis en los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos inalienables, desde una visión de equidad y género. Estamos convencidos que este será un instrumento para sensibilizar a los y las profesionales de salud del sector público y privado y mejorará sus conocimientos, habilidades y destrezas para lograr una atención calificada y de calidad, contribuyendo a integrar en esta área la justicia, dignidad e inclusión para una mejor calidad de vida, la expresión de las emociones y vínculos en el ejercicio de una sexualidad placentera y responsable, libre de temores y mitos, sin violencia y equitativa. (MSP, 2007:10)

En particular, para los objetivos de esta investigación, la Guía presenta un capítulo denominado “Inclusión de los varones en los Servicios de salud sexual y

reproductiva” que puede ser tomado como un hito en la visibilización de los varones como sujetos de políticas sanitarias democráticas.

La Guía fue difundida ampliamente durante el año 2006, por lo que se consideró dicho año como inicio del período analizado. Desde ese momento, a la actualidad, en el marco de dos períodos de gobierno progresista⁹, es posible referenciar un conjunto de acontecimientos relevantes en las políticas de salud sexual y salud reproductiva en Uruguay.

Entre ellos la promulgación de la Ley Nro. 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” en el año 2008; el veto presidencial a los capítulos relativos a la interrupción voluntaria del embarazo, que incluía dicha Ley y finalmente, luego de un intenso debate atravesado por argumentos diversos, la promulgación de la Ley Nro. 18.987 “Interrupción voluntaria del embarazo” (IVE) en el año 2012, con la consecuente despenalización del aborto, durante las primeras doce semanas de gestación. Cabe mencionar que el 23 de junio del año 2013, se realiza una consulta ciudadana a favor de interponer un recurso contra la Ley “IVE”, que logra menos de la mitad de los votos necesarios para someter a consulta popular su eventual revocación.

Entre los acontecimientos mencionados, la Ley Nro. 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, cobra un particular interés en relación la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*. A partir de la reglamentación de la Ley en el año 2010, se incorpora la necesidad de garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables así como la inclusión del varón en el sistema de salud; se promueve la creación de servicios de atención integrales, incluyendo la realización de la vasectomía dentro de la “canasta básica” de métodos anticonceptivos que las instituciones prestadoras de salud deben ofrecer.

9 En el año 2004, la fuerza política de izquierda Frente Amplio, gana las elecciones nacionales por primera vez en la historia uruguaya y sin necesidad de balotaje. Se rompe así la hegemonía político-partidaria que había mantenido a los Partidos tradicionales Blanco y Colorado, en el poder. El Dr. Tabaré Vázquez fue Presidente durante el período 1 de marzo de 2005- 1 de marzo de 2010, impulsando el primer “gobierno nacional progresista”, siendo remplazado por José Mujica el 1 de marzo de 2010, Presidente actualmente en ejercicio.

Como se mencionó, el texto final de la Ley Nro. 18.426 es el resultado de un proyecto de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Luego, es el marco conceptual para la aprobación de la Ley "IVE" que en su Artículo 1ero. (Principios generales), refiere a la promoción del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley Nro. 18.426. Y aclara, “la interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos”, colocando en escena la preocupación estatal por el control de la población y la tensión democratización- disciplinamiento de la esfera íntima. De modo, que esta investigación, necesariamente dialogó con las preocupaciones de diversos actores sociales e institucionales en torno a la problemática social del aborto y la validez del reclamo por el derecho a decidir sobre el cuerpo propio, reclamo que involucra también otras esferas de la sexualidad y la reproducción.

El recorte temporal coincide con el primer gobierno progresista en Uruguay y su segundo mandato. Coincide por tanto con un programa de gobierno y con un proyecto de sociedad en los que el enfoque de "equidad y derechos" se instituye también en la esfera tradicionalmente considerada “privada”, si bien siempre el Estado –como se indicó y se describirá en el capítulo III- tuvo interés en regularla. Intentando superar el mero reconocimiento de un nuevo contexto “habilitante” (más allá de su necesaria reconstrucción), interesa pensar dicho proceso político-institucional como punto de partida para el análisis de un conjunto de discursos emergentes sobre *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*, atravesados por debates, argumentos y paradigmas diversos.

Por último, considerando que los debates analizados abarcan a todo el territorio uruguayo (claramente es el caso de la legislación y las políticas públicas en salud), el alcance de la investigación es nacional. Sin embargo, y sin desconocer las diferentes realidades territoriales existentes entre contextos capitalinos y no capitalinos, urbanos y rurales¹⁰, razones de accesibilidad llevaron a limitar la

10 En relación a lo rural, cabe mencionar el Plan Nacional de Salud Rural (marzo 2011), del Programa Nacional de Salud Rural, Ministerio de Salud Pública, que tiene como objetivos:

realización del trabajo de campo (entrevistas e instancias de observación participante) en la ciudad de Montevideo (ciudad Capital) y Área Metropolitana.

El objetivo general de esta tesis es describir y analizar los sentidos del Uruguay contemporáneo en torno a la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*, prestando especial atención a los discursos producidos desde las políticas públicas en salud en el período 2006-2013, así como a los supuestos que manejan y bajo los que operan los efectores de salud.

A su vez, nos hemos planteado una serie de objetivos específicos:

- Analizar las representaciones sobre los cuerpos masculinos en el campo de la salud reproductiva y en torno a la participación de los varones en los procesos de regulación de la fecundidad, para el período estudiado.
- Indagar en la forma en que es significada la vasectomía, anticoncepción quirúrgica masculina, desde las políticas públicas sobre salud reproductiva y efectores de instituciones prestadoras de salud, en el contexto uruguayo.
- Explorar analíticamente el campo de la reproducción y el control de la fecundidad en relación a los modos en que se ponen en juego dinámicamente modelos de masculinidades y femineidades.

En cuanto a las preguntas que guían la investigación nos planteamos: ¿Qué discursos hegemónicos producen y propagan las políticas públicas sobre salud reproductiva y las instituciones prestadoras de salud en relación a los sujetos reproductivos masculinos, su participación en el campo de la anticoncepción, en especial en relación a la vasectomía? ¿En qué medida y de qué forma los efectores de la salud se apropian, recrean y/o discuten con esos discursos hegemónicos? ¿Cuáles

"Contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de la población rural desde un enfoque integral, a través de la generación de espacios de vida dignos, habitables y saludables, con acceso universal a servicios de salud de calidad en toda la población rural del país, mediante la plena participación de todos los involucrados en el proceso y generando espacios de articulación interinstitucional e intersectorial a nivel nacional-local-territorial, contribuyendo a la generación de conocimiento sobre el medio rural Uruguayo" (MSP, 2011)

Si bien es por demás pertinente el análisis del Plan de Salud Rural en relación a nuestro objeto de estudio, excede el alcance de esta investigación.

son las prácticas y significados de los efectores de salud en torno a la opción por la vasectomía en el contexto uruguayo contemporáneo?

iii- Estructura del texto.

La tesis se estructura en cinco capítulos. En el Capítulo I explicito los aspectos metodológicos involucrados en la investigación que transitó por diversos espacios sociales y dejo planteadas algunas reflexiones sobre incidentes y espacios de género del trabajo de campo.

En el Capítulo II reviso los antecedentes locales y regionales productivos para esta investigación y construyo el marco conceptual a partir de las discusiones en torno a varones, reproducción y regulación de la fecundidad desde una perspectiva de masculinidades.

En el Capítulo III abordo el campo del control de la fecundidad y la anticoncepción en Uruguay. Describo el panorama del comportamiento reproductivo contemporáneo en Uruguay e incorporo una mirada histórica para comprender los debates actuales sobre políticas de población. Realizo una periodización de las políticas públicas en salud, legislación y doy cuenta de algunas demandas de la sociedad civil en torno a la esfera íntima. Por último, sintetizo las fuentes disponibles acerca de las prácticas anticonceptivas de la población uruguaya.

En el Capítulo IV me concentro en las producciones discursivas en torno a varones, salud reproductiva y vasectomía. Analizo los antecedentes y el contexto de promulgación de la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” y me detengo en la descripción de los servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva entendidos como oportunidades para el involucramiento de los varones. Discuto la forma en que los efectores de salud representan a los varones *pacientes-usuarios* de los servicios y doy cuenta del emergente “disfunciones sexuales masculinas” en los servicios de salud.

En el Capítulo V profundizo en la vasectomía como analizador de masculinidades. Observo su “biografía” en el marco de diferentes paradigmas de atención en salud reproductiva. Doy cuenta de la accesibilidad a este método de anticoncepción quirúrgico en Uruguay y analizo representaciones en torno al proceso de la toma de decisiones. Luego, me detengo en la mirada que los/as urólogos/as tienen sobre la técnica quirúrgica, lo que hace entenderla como una cirugía “sencilla”. El último apartado problematiza los argumentos científicos en torno al avance tecnológico en anticoncepción masculina donde se ponen en juego sentidos en torno al cuerpo sexuado, en relación al varón como sujeto reproductivo y la especificidad de la experiencia masculina de la sexualidad.

Finalmente, en las discusiones finales recupero el proceso analítico en torno a la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción* para pensar el “ser varón” en el Uruguay contemporáneo. Realizo una síntesis de los principales hallazgos del trabajo y a partir de allí, dejo planteadas algunas líneas de investigación.

Capítulo I. Aspectos metodológicos.

i- Diseño metodológico.

La investigación trabajó desde un enfoque epistemológico comprensivo, buscando aproximarse a las redes de significación implicadas en la tríada *varones-decisiones reproductivas- anticoncepción* en Uruguay, durante el período estudiado.

En términos metodológicos, se desarrolló un abordaje cualitativo, con un diseño no estructurado y desde un enfoque holístico, permitiendo que el desarrollo de la investigación pudiera conducir a cambios en la mirada¹¹.

Como se mencionó en el capítulo introductorio, en la reconstrucción de significados en torno a la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción*, la investigación ha seguido la ruta marcada por las discusiones en torno a la vasectomía entendida como un analizador de masculinidades¹². La expresión "*situación-analizador* supone tomar un caso como *ejemplar* permitiendo así desarrollar una interpretación más profunda del modo de comunicación y de las lógicas sociales a él asociadas". Se trata de un concepto explicativo, paradigmático de diferentes elementos y dimensiones del campo de interacción en estudio (Hernández, 2006: 65).

La vasectomía entendida como un analizador habilita así una puerta de entrada al estudio de las masculinidades¹³. La vasectomía puede ser definida como

11 Siguiendo a Guber (2004: 81), el holismo asegura una "mirada abierta y no dogmática de la teoría; la teoría, por su parte, asegura una mirada reflexiva y orientada al material empírico, articulada con la teoría social general y el conocimiento de la universalidad. A través de este incesante ida y vuelta, el investigador puede acceder a nuevos significados, a nuevas relaciones contextuales y, por lo tanto, a nuevas interpretaciones".

12 Al entender la vasectomía como un "analizador" de masculinidades seguimos los aportes de Althabe y Hernández (2005) y Hernández (2006).

13 Como lo expresan Cornwall y Lindisfarne (1994: 46): "no pretendemos dar respuestas definitivas a preguntas de generización (no las puede haber), sino originar nuevas preguntas y sugerir nuevas estrategias para ubicar masculinidades". Todos los textos citados de trabajos en lengua extranjera son traducciones propias de la tesista.

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. (Viveros, 1998: 147)

En este sentido, se hizo necesario trascender el plano individual/subjetivo e incorporar la mirada de diversos actores. Siguiendo a Viveros en la necesidad de “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 regulación y control de la fecundidad” (Viveros, 2009:15), este proyecto exploró el fenómeno de la vasectomía como *locus* desde donde pensar la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*.

De acuerdo al objeto de estudio definido, fue necesario trabajar en diferentes niveles. En este sentido, resultó de utilidad la propuesta metodológica realizada por Marcus (2001) en el concepto de etnografía multisituada¹⁴. Así, la investigación circuló por diversos espacios sociales e institucionales e intentó poner en diálogo sentidos y prácticas de diversos sujetos involucrados. De nuevo, la ruta seguida estuvo marcada por las discusiones en torno a la vasectomía.

Se realizó una primera etapa de investigación general exploratoria que permitió identificar el entramado de actores, prácticas y espacios relevantes a indagar. Se intentó dar cuenta de las posiciones sociales, políticas y culturales de los diversos actores que intervienen en el campo de la reproducción en general y de la vasectomía en particular: pacientes, parejas, médicos, especialistas, instituciones prestadoras de salud, clínicas privadas, agentes estatales, entre otros, lo que permitió ajustar el recorte analítico del campo.

14 Una etnografía multisituada se propone como una investigación móvil, que al “seguir empíricamente el hilo conductor de procesos culturales” (...) “sale de los lugares y situaciones locales de la investigación etnográfica convencional al examinar la circulación de significados, objetos e identidades culturales en un tiempo-espacio difuso. Esta clase de investigación define para sí un objeto de estudio que no puede ser abordado etnográficamente si permanece centrado en una sola localidad intensamente investigada” (Marcus, 2001: 111).

Durante dicha etapa, el foco estuvo puesto en los varones que pasaron por la experiencia de la vasectomía, momento en que se contactaron quince varones en proceso de decisión o habiéndose ya esterilizado quirúrgicamente. Finalmente, se entrevistó en profundidad a dos de ellos. En un caso, se trató de una entrevista individual y en otro caso, una entrevista al varón y su pareja, en dos instancias diferentes. Estas entrevistas fueron importantes en la etapa exploratoria y su análisis aporta a una mirada comprehensiva del campo en estudio, sin ser las subjetividades de estos varones el foco de análisis del trabajo que se presenta¹⁵.

El cambio de contexto en relación a las políticas públicas a partir de la implementación de la Ley Nro. 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” a fines del año 2010, llevó a redireccionar las preguntas de investigación hacia los debates y discursos producidos desde las políticas públicas, la institución médica¹⁶ y efectores de salud¹⁷, en torno a los varones y la salud reproductiva. En particular, se fue delineando la biografía de la vasectomía como método anticonceptivo en Uruguay en las diferentes etapas marcadas por las políticas públicas, dentro del período estudiado¹⁸.

15 En el mismo sentido, hacia el final del trabajo de campo, se intentó contactar varones que hubiesen optado por la vasectomía en contexto de la nueva legislación y siendo asesorados por los equipos interdisciplinarios de los servicios integrales en salud sexual y reproductiva de las instituciones prestadoras de salud. Razones de accesibilidad impidieron la realización de estas entrevistas. Sin embargo, se establecieron algunas charlas informales con varones recientemente vasectomizados que proporcionaron detalles del proceso institucional y de la relación médico-paciente que habían experimentado.

16 Defino aquí institución médica en sentido laxo, como el espacio que despliega significados y prácticas en forma hegemónica, dentro del “campo de la salud”, en el sentido trabajado por Pierre Bourdieu.

17 Durante el desarrollo del trabajo, para facilitar la lectura se ha optado por adoptar el género masculino para referirse a hombres y mujeres efectores de salud, utilizando los términos en su forma masculina y femenina en los testimonios citados y al especificar las profesiones. Para mantener el anonimato y el acuerdo de confidencialidad, los nombres fueron cambiados, se menciona únicamente el tipo de actor de que se trata, al tiempo que en algunos casos se modifican datos de las entrevistas, sin afectar la validez de los relatos.

18 Si bien el proceso completo de la investigación es más amplio, estrictamente el trabajo de campo se llevó a cabo durante el período julio 2011 a julio 2013. Aunque la trayectoria del trabajo de campo coincide con la implementación de la política pública, no es el objeto de nuestro trabajo, lo que hubiese demandando un dispositivo metodológico diferente al llevado a cabo.

En una segunda etapa, una vez realizados los ajustes necesarios de acuerdo a la etapa exploratoria, se llevaron a cabo las siguientes estrategias metodológicas y técnicas articuladas entre sí: relevamiento y análisis documental; entrevistas a representantes institucionales-decisiones de políticas públicas y profesionales de la salud y observación participante en instancias de capacitación dirigidas a efectores de salud.

El *corpus documental* se elaboró fundamentalmente en base a *fuentes documentales* disponibles en el archivo en línea del Ministerio de Salud Pública y del Parlamento uruguayo tales como legislación, decretos, ordenanzas, reglamentos, guías y protocolos de atención, entre otros documentos de carácter nacional sobre aspectos sanitarios.

Hacia el final del trabajo de campo, se tuvo acceso a una fuente documental de valor para nuestro tema de trabajo: "Proyecto de Regulación de venta de Anticonceptivos (Impuesto a la venta)" del año 1974. Este documento, que integra el Diario de Sesiones del Consejo de Estado¹⁹ resultó de gran utilidad para aportar un marco histórico más completo a la cuestión legislativa y a los discursos locales sobre salud reproductiva, al tiempo que arrojó nuevas preguntas de investigación²⁰.

De modo de contar con un panorama regional de los debates sobre varones y anticoncepción, se realizó relevamiento de información sobre *legislación y normativa* de Argentina, Chile, Brasil y Colombia, disponible en línea. Sin tratarse de una revisión exhaustiva, se intentó dar cuenta del anclaje regional de los debates analizados para Uruguay.

19 El Consejo de Estado es el órgano que actuó en el período de la dictadura cívico- militar uruguaya (1973-1985) a partir de la disolución del parlamento en 1973. Estuvo integrado por 25 miembros. El Diario de sesiones del Consejo de Estado forma parte del acervo del Archivo del Centro de Estudios Interdisciplinarios del Uruguay (CEIU), de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación- Universidad de la República, donde fue consultado.

20 Rohden (2003: 14) en su investigación histórica sobre anticoncepción, aborto e infanticidio a comienzos del SXX en Brasil, argumenta que el distanciamiento histórico puede significar un poderoso aliado para relativizar debates contemporáneos sobre la administración de la vida sexual y reproductiva de la población.

El corpus documental incluye también material recolectado durante el trabajo de campo, en muchos de los casos, facilitado por los decisores y/o efectores de salud durante las instancias de entrevistas y de observación participante:

Material elaborado en instituciones y/o por profesionales de la salud: información relevada y sistematizada por Ministerio de Salud Pública e instituciones prestadoras de salud y/o por equipos de salud, ya sea de difusión académica o para manejo interno.

Material de difusión: folletería y otros materiales de difusión (audiovisuales, afiches, dossier) dirigidos a público en general y elaborados por el Ministerio de Salud Pública o por Organizaciones no Gubernamentales locales.

Material de capacitación: material de capacitación dirigido a proveedores/efectores de salud, elaborado por Ministerio de Salud Pública, por instituciones prestadoras de salud, y/o por Organismos internacionales.

Material técnico/bibliografía especializada: bibliografía técnica y especializada (urología, ginecología y sexología)²¹.

Por último, se realizó un pequeño *relevamiento de prensa* de artículos de prensa digital y nacional, para el período estudiado. Entre ellos, cobertura del Suplemento quincenal dominical "La República de las Mujeres" (Diario La República) en relación a temas de género, salud sexual y salud reproductiva e implementación de la Ley Nro. 18.426; artículos de prensa sobre Reglamentación de la Ley Nro. 18.426 e inclusión de la vasectomía en la canasta básica de métodos anticonceptivos, en el mes de

21 Durante la etapa exploratoria de este trabajo, resultó sugerente analizar los discursos de la medicina respecto a nuestro tema de estudio –siguiendo los trabajos realizados por Fabíola Rohden- a través de las revisiones de Tesis de Posgrado. Realicé una búsqueda en la biblioteca virtual de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la República (Biblioteca Nacional de Medicina. Centro de Documentación e Información en Medicina. Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.biname.fmed.edu.uy/>) donde se encuentra publicada la base de monografías de cursos de posgrado. En una búsqueda primaria no encontré ningún trabajo utilizando el descriptor “vasectomía” o “esterilización”. Tampoco encontré trabajos vinculados a lo que Oudshoorn (2004) denomina “cuerpos reproductores masculinos”. Por lo que no fue posible incorporar al corpus de análisis este tipo de fuente, aunque fue tomado como información del campo de estudio. Una búsqueda más exhaustiva, abriría nuevas líneas de indagación.

diciembre 2010; artículos de prensa sobre el respaldo popular a la Ley "IVE" de Interrupción voluntaria del embarazo en junio 2010. También se relevaron las noticias publicadas en la página web institucional del Ministerio de Salud Pública y se revisaron otros artículos de prensa nacional y regional específicamente sobre la temática vasectomía.

En cuanto a las *entrevistas* a representantes institucionales-decisores de políticas públicas y profesionales de la salud, se realizaron siguiendo el criterio muestral de saturación de la información, priorizando la riqueza del material recolectado para los fines de la investigación, por sobre la representatividad. Ello supuso identificar momentos en que el campo discursivo encontró un límite.

Se realizaron tres entrevistas a *representantes institucionales* (Médica Ginecóloga; Médico Ginecólogo; Psicólogo), todos trabajando en áreas de decisión y de ejecución de las políticas públicas en programas de salud sexual y salud reproductiva, en la órbita del Ministerio de Salud Pública.

Se realizaron entrevistas a *profesionales de la salud* de las principales instituciones prestadoras de salud a nivel mutual (denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) (tres instituciones), público y en el primer nivel de atención, en Montevideo y en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud²², incluyendo:

- Entrevista colectiva a equipo multidisciplinario de referencia (Médico Ginecólogo, Psicóloga, Enfermera y Partera) de salud sexual y reproductiva a

22 El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se crea por Ley N° 18.211, de diciembre del año 2007, a partir de la articulación de los subsectores público y privado de la salud. Supone un modelo de atención integral, equitativo en el aporte al financiamiento de la salud y acceso democrático. (Ley El SNIS amplía la cobertura a los hijos/as de trabajadores/as hasta los 18 años y mayores con discapacidades, e integra a los hijos/as de concubinos/as. Como uno de los principios rectores del Sistema, se define la elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios, por lo que la clasificación de las instituciones de salud en privadas, mutuales (de asistencia médica colectiva) y públicas, utilizada frecuentemente en la investigación social en Uruguay, no representa actualmente un indicador de corte socioeconómico de los usuarios. Sin embargo, a los fines de este trabajo interesa especificar el contexto institucional del cual se trate en tanto varían las prácticas y las relaciones, la "cultura institucional", marcándose claras diferencias si se trata del sector público, mutual o privado (Romero Gorski, 1999: 34).

nivel mutual. Tanto el Médico Ginecólogo como la Psicóloga, se desempeñan también a nivel público en equipo de referencia.

-Entrevistas a dos coordinadores (Médica Ginecóloga y Médico Ginecólogo²³) de equipo de referencia de salud sexual y reproductiva desempeñándose en dos instituciones prestadoras de salud a nivel mutual .

-Entrevista colectiva con integrantes (Médica Ginecóloga, Enfermera, Psicóloga) del equipo multidisciplinario coordinador de salud sexual y reproductiva en la Red de Atención Primaria en Salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP- ASSE)²⁴.

-Se entrevistó también a dos Urólogos (una Médica Uróloga desempeñándose a nivel mutual y como docente de la Cátedra de Urología del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República y un Médico Urólogo desempeñándose a nivel mutual y en clínica privada).

Se realizó *observación participante* en dos espacios de capacitación dirigidos a efectores de salud.

Por un lado, se participó (en calidad de asistente) de un seminario dirigido a efectores de salud de la Red de Atención Primaria, por invitación del equipo multidisciplinario coordinador de salud sexual y reproductiva, a cargo de la organización. El seminario fue dictado por una reconocida Organización no Gubernamental nacional en conjunto con la Facultad de Psicología de la Universidad

23 En el caso del Médico Ginecólogo, fue entrevistado en su doble rol de representante institucional y coordinador de equipo de referencia en salud sexual y reproductiva a nivel mutual.

24 La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) cuenta con una Red de Atención Integral a la Salud constituida por 66 Unidades Ejecutoras (UE). Se distribuyen 51 UE en el interior del país, de las cuales 18 son Centros Departamentales y 33 Centros Auxiliares. De ellos dependen 228 policlínicas. En Montevideo se cuenta con 15 UE: la Red de Atención del Primer Nivel, integrada por 12 Centros de salud y una red de 114 puntos de atención. Asimismo 6 UE para la atención de pacientes agudos y 8 UE especializados. Como Misión ASSE tiene la de ser “el prestador público de referencia, basado en la Atención Primaria, con equidad, eficiencia y calidad y con capacidad para responder a las necesidades de su población usuaria, en un marco de políticas de equidad social” (ASSE, web institucional).

de la República, los contenidos versaron sobre los "desafíos para los servicios integrales de salud sexual y reproductiva" y se desarrolló en dos instancias durante el mes de octubre de 2012, contando con una carga total de diez horas. Participaron alrededor de veinticinco efectores de salud en la primera jornada y cuarenta en la segunda, siendo mujeres en una amplia mayoría.

Por otro lado, se participó (con autorización previa, en calidad de observadora), de tres instancias de coordinación, difusión y capacitación, a cargo del Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, dirigidas a los Equipos Coordinadores de Referencia de los servicios de salud sexual y reproductiva que se crean a partir de la Ley Nro. 18.426 en las instituciones prestadoras de salud de todo el país. La Red de Equipos Coordinadores de Referencia comenzó a funcionar en el mes de junio del 2011 con el objetivo de acompañar desde el Ministerio de Salud Pública el proceso de implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva, en espacios bimensuales.

Se asistió a las reuniones de la Red correspondientes a los meses de agosto, setiembre y noviembre del año 2012, que tuvieron una duración aproximada de tres horas cada una y donde participaron cada vez, entre diez y veinte efectores de salud de todo el país, presencialmente o a través de videoconferencia.

Participar de estas instancias permitió explorar la realidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva a nivel de atención primaria y a nivel mutual, donde se insertan los equipos de referencia, así como reflexionar sobre el alcance diferencial, entre otros asuntos, de la implementación de la Ley Nro. 18.426 en la capital y en el interior del país. Asimismo, quedaron en evidencia las tensiones entre las líneas de trabajo definidas desde los ámbitos programáticos de las políticas públicas, las direcciones de las instituciones prestadoras de salud y las prácticas concretas de efectores de salud. Surgieron también en estas instancias diversos modelos de atención en salud en disputa.

El material relevado fue clasificado de acuerdo al tipo de fuente. Se realizó una primera descripción del corpus, incluyendo fecha, datos relevantes, modo de acceso,

observaciones. Posteriormente, se identificaron dimensiones de análisis en base a los objetivos de la investigación y las preguntas guía que se fueron enriqueciendo durante el proceso.

A partir del *análisis de los materiales recolectados*, se buscó dar cuenta del modo en que las políticas públicas -a través de sus producciones discursivas- y los efectores de salud, visibilizan o invisibilizan a los varones como sujetos reproductivos, los supuestos que manejan sobre la participación masculina en la regulación de la fecundidad, nociones sobre el cuerpo masculino y modelos de género, argumentos y paradigmas de atención en salud, derechos del cuerpo, entre otras dimensiones.

El tratamiento del corpus documental se basó en el desafío propuesto por Vianna (2006) de "etnografiar documentos", que se fundamenta en que "el trabajo con documentos, antes de producir preguntas sobre lo que está en ellos registrado, sobre su confiabilidad o aún sobre su expresividad cuantitativa, supone preguntarse sobre el propio acto de documentar (...) no sólo sobre lo que se ve, sino sobre los motivos por los cuales aquello nos es presentado como algo que merece ser visto". Esta perspectiva habilita entonces un análisis de la cualidad de los documentos como ordenadores sociales y productores de realidad.

Las entrevistas en profundidad fueron desgrabadas y analizadas en sus contenidos, estableciendo ejes, algunos definidos previamente de acuerdo a los objetivos de la investigación y otros emergentes del campo, permitiendo que las categorías teóricas interactuaran con las categorías de los sujetos entrevistados. Resultó además productiva la identificación de momentos claves dentro de la entrevista entendiéndola como interacción social, poniendo de relieve su valor performativo y la importancia del análisis contextual para analizar los discursos que circulan en ella²⁵.

Las notas de campo relevadas en las instancias de capacitación, se sistematizaron de acuerdo a los temas presentados por sus responsables como

25 Siguiendo los aportes de Charles Briggs (2003) y Rosana Guber (2001, 2004).

prioritarios según la coyuntura²⁶, así como los temas planteados por los efectores y las efectoras de salud asistentes. Se indagó también en el lugar del varón en dicha "agenda"; los sentidos emergentes en torno a los varones en el campo de la reproducción, a la anticoncepción en general y a la vasectomía en particular; discursos sobre género y sexualidades; así como en las preocupaciones y reclamos planteados por efectores en relación a su práctica asistencial.

Un último comentario metodológico. El tratamiento de las fuentes detalladas, el reconocimiento de su fragmentación, sus diversas autorías, contextos de producción y múltiples voces involucradas (Rohden, 2003: 18), fue al mismo tiempo una empresa limitada y enriquecedora para nuestros propósitos. Los "debates" recogidos en este trabajo no tienen pretensión de representatividad, sino que bosquejan un mapa del campo de la reproducción, su control y la participación de los varones en dicho campo. En ese mapa las políticas públicas juegan un rol central junto a otros discursos que circulan, como el discurso médico, el discurso jurídico y de la norma, el discurso de los derechos y de las reivindicaciones sociales. El momento del cierre del campo se definió por el registro de cierto grado de saturación en la información obtenida.

ii - Reflexiones sobre incidentes y espacios de género en el proceso de investigación.

"Ese tema no existe. Cuando pienso en salud reproductiva, pienso en ponerle el DIU²⁷ a la mujer y darle métodos anticonceptivos."
(Efectora de salud de Primer Nivel de Atención, Notas de campo)

26 El proceso de aprobación y reglamentación de la Ley "IVE" de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en 2012 marcó fuertemente la "agenda" de ambas instancias. Sin ser el foco de este trabajo, observar los debates en torno al aborto y su despenalización, así como en los desafíos planteados para los equipos sanitarios, permitió analizar las fronteras entre los temas considerados "femeninos" y los "masculinos" en el área de la salud y los sentidos asignados a ellos. Por otra parte, la temática del aborto colocó en escena discusiones relevantes sobre decisiones reproductivas, anticoncepción y responsabilidades y obligaciones de los efectores de salud frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

27 DIU: Dispositivo Intra Uterino. En adelante, cuando se utilicen cursivas y entrecomillados se hace referencia a frases textuales tomadas de las notas de campo o de las entrevistas.

El trabajo de campo puede ser entendido como la realización de un recorrido hermenéutico donde –siguiendo a Gadamer (1993)- se parte de un preconcepto que se despliega necesariamente en la relación con el "otro". La permanencia en el campo implica un proceso de comunicación, de acceso a capas de sentido cada vez más profundas, al tiempo que se produce un alejamiento de aquel preconcepto que inició la investigación.

Así, el trabajo de campo es el “marco de interpretación de los intercambios que hacen de la *implicación reflexiva* del investigador el dispositivo esencial de su producción de conocimientos” (Hernández, 2006: 59). Es a través del ejercicio de la implicación, es decir, ponerse a disposición para jugar las reglas del juego impuestas por los “otros”, que se avanza en el proceso hermenéutico. Al mismo tiempo, la reflexividad juega constantemente en la medida en que el investigador se transforma “en un agente más en un juego social que a la vez lo abarca y lo excede” (Hidalgo, 2006: 54).

Al explorar los debates en torno a la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción*, la investigación se situó -de forma tensional- en un espacio social históricamente feminizado, el campo de la reproducción y el control de la fecundidad.

Tubert (2003: 22) plantea que la categoría género supone la definición de espacios y dominios específicos, supone “asignar los espacios -restrictivos- de lo femenino mientras se constituye lo masculino desde el centro, como lo que no tiene más límites que lo negativo, lo abyecto o lo poco valorado”. Interesa reflexionar entonces en los modos en que durante el proceso de investigación, se ha expresado la categoría *género* e interrogarse: ¿cómo resulta interpelado el campo *feminizado* (lo negativo, lo abyecto, lo poco valorado) de la anticoncepción, cuando se intenta hacerlo dialogar con *lo masculino* (lo que debe estar en el centro)? Algunas situaciones de campo dan cuenta de dicha tensión, al tiempo que es posible observar en esos incidentes los términos teóricos de la investigación (Bergesio, 2001).

Un primer aspecto a referir es el reconocimiento de la presencia del/de la investigador/a en el campo, interactuando desde su condición de sujeto generizado. En el mismo sentido planteado por Sandrine Machado (2006) a propósito de la etnografía realizada con varones de sectores populares en Brasil, mi presentación (como mujer, antropóloga, estudiante de maestría en ciencias sociales) y mis propósitos (investigar temas vinculados a varones, sexualidad, decisiones reproductivas, hurgando en espacios "íntimos"), nunca pasaron desapercibidos en el campo.

Estas repercusiones fueron más intensas en la etapa exploratoria, donde el foco estuvo puesto en las experiencias de varones vasectomizados. Al concretar las dos entrevistas en profundidad realizadas (una de ellas con su pareja y en dos instancias) fueron claves interrogantes metodológicas como las planteadas por Sandrine Machado (2006): ¿dónde hacer las entrevistas?; ¿cuándo?; ¿quién debe estar presente en esas instancias?, al tiempo que se ponía a jugar el "valor dual de la mujer como peligrosa y vulnerable" (Guber, 2001) encontrándome yo misma, reproduciendo estereotipos de género en el campo²⁸. Sin embargo, contra todas mis prenociones²⁹, los varones entrevistados se mostraron muy dispuestos a hablar de su trayectoria afectivo-sexual y de sus decisiones anticonceptivas, al tiempo que varios de ellos me facilitaron el contacto con otros varones.

El hecho de ser una mujer de apariencia más joven que mi edad real, fue un asunto tematizado en las distintas instancias cara a cara con los sujetos de la investigación; en ocasiones para definir mi trayectoria ("*vos sos más nueva*") o para

28 Hacia el final de la charla, golpearon la puerta y una mujer entró a hacerle un comentario a Facundo. Nos saludamos pero él no me presentó. Ya cuando se había ido, me hizo un gesto advirtiéndome que ella era su compañera. Lo primero que pensé es que yo estaba "a solas" con su pareja y en qué habría pensado. Como para remediarlo, le dije que podía preguntarle a ella si quería ser entrevistada. Él se rió en tono de complicidad porque enseguida, recordamos algunos de los temas sobre los que habíamos hablado durante la entrevista (Notas de campo).

29 Durante el proceso preliminar de "búsqueda", en distintas oportunidades había consultado a amigos/as y compañeros/as si conocían a algún varón vasectomizado. En general, la primera respuesta era negativa, pero luego, aparecían referencias. Advertía entonces, que el tema connotaba "secreto".

evaluar mi experticia ("*¿sabés de qué año es la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud?*"). Lo relevante para esta investigación, es que esa posición -de mujer joven- generó la no tematización de mi vida privada. Solamente en el contexto de una entrevista, fui interrogada sobre mi situación de pareja, de hijos o de deseo de maternidad como un asunto relevante para comprender mis preocupaciones como científica social.

Por parte de los representantes institucionales y efectores de salud contactados, recibí gran apertura tanto para compartir sus experiencias, reflexionar sobre su práctica profesional, proporcionarme materiales y autorizarme a participar en las instancias de capacitación como observadora. Por momentos, esa apertura me llevó a cuestionamientos sobre el desdibujamiento de mi rol de investigadora, por la familiaridad con algunos efectores de salud (a quienes conocía de otros espacios de trabajo), por recibir un certificado de asistencia a los cursos, o en relación al manejo de documentación de carácter interno.

Lo relevante de estos efectos en términos del modo de comunicación del campo en estudio, fue el doble movimiento que se produjo: al tiempo que los actores reconocían que "*ese tema no existe*" como lo expresó aquella efectora de salud, me demostraban cierta complicidad con respecto a mi empresa de explorar en los sentidos en torno a varones, anticoncepción y vasectomía ("*realmente me pareció lindísima la opción que tomaste*"). En ese proceso, se iba haciendo evidente el carácter no visibilizado de los varones en el campo de la reproducción, aun en el contexto de una normativa inclusiva. Y en ocasiones, algunos efectores generaron acciones desde sus ámbitos laborales con el afán de des-feminizar el campo de la salud reproductiva.

Entonces, ¿cómo resulta interpelado el campo *feminizado* (lo negativo, lo abyecto, lo poco valorado) de la anticoncepción, cuando se intenta hacerlo dialogar con *lo masculino* (lo que debe estar en el centro)? Identificamos dos tipos de estrategias discursivas desplegadas por algunos efectores, durante los intercambios que mantuvimos en torno a la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción*.

La primera estrategia se observó en los ámbitos donde el tema no estaba presente y se reconocía como un vacío ("*un bache*"). En estos casos, si bien los efectores jerarquizaron el tema como un problema a resolver, quedaba en evidencia su carácter no prioritario dentro de la agenda sanitaria general y de la salud reproductiva en particular.

La segunda estrategia se observó en los ámbitos donde el tema sí estaba presente, como en el caso de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva que se encontraban asesorando a usuarios varones. En estos casos, las discusiones sobre varones y prácticas anticonceptivas fueron des-jerarquizadas como problema a resolver en la medida en que se describía un proceso de atención funcionando sin mayores inconvenientes. Al mismo tiempo, quedó en evidencia una mayor preocupación y relevancia dada a la salud sexual de los varones, más que hacia la salud reproductiva, a partir del "*emergente sanitario consultas de varones sobre disfunciones sexuales*".

Si bien se profundizará en estos aspectos en los siguientes capítulos de este trabajo, es posible analizar estas estrategias discursivas como (re)definiendo los espacios generizados. Al asumir la no priorización del tema, al des-jerarquizarlo como problema o al desplazar la atención a la salud sexual, se mantiene a los varones fuera del terreno feminizado de la reproducción.

Capítulo II. Estado del arte y marco conceptual.

i- Antecedentes de investigación.

Esta tesis se inscribe en la articulación de dos campos de estudio: los estudios sobre *varones y masculinidades* y los estudios sobre *anticoncepción y control de la fecundidad*.

En el escenario académico uruguayo, los varones han sido estudiados desde enfoques sociológicos, antropológicos, psicológicos y demográficos. Se trata de trabajos recientes, en su mayoría exploratorios. El relevamiento realizado por la Red Temática de Estudios de Género de la Universidad de la República en el año 2009, evidenciaba la carencia de líneas sostenidas de investigación en Uruguay sobre varones y masculinidades.

Realizando un breve repaso a los trabajos presentados en el “2do. Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en investigación nacional” (Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, 2006)³⁰, podemos mencionar algunos ejes temáticos que aparecen como relevantes: *adolescentes varones y sexualidad* (López Gómez, ed alter); *paternidad en la adultez media* (Amorín) y *paternidad en la adolescencia* (Carril, Amorín, Varela); *VIH-SIDA y varones* (Kaplún y Osimani); *derechos sexuales y reproductivos* (Güida, Ramos, Vitale).

El "IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades" realizado en Montevideo en el año 2011, significó un hito para la agenda de las ciencias sociales y de las organizaciones de la sociedad civil en Uruguay. Las Actas del Coloquio publicadas bajo el título "Estudios sobre varones y masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras" (UDELAR ed alter, 2011) recogen parte de los trabajos presentados, destacándose para la escena local los que abordan la *construcción y vivencia de las masculinidades* (Ibarra); *arreglos*

30 Se trata del último Encuentro realizado.

familiares y jóvenes uruguayos (González y Macari) y *violencia basada en género* (Graña). Otros trabajos quedaron incluidos en el número monográfico de la Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad (López Gómez, 2012), de los cuales, a los fines de esta investigación, se destacan las siguientes temáticas abordadas empíricamente en los países vecinos: *varones y servicios de salud sexual y reproductiva en Argentina* (Infesta Domínguez); *políticas de salud para hombres en Brasil* (Neves Strey y Kohn) y *hombres, cuidados y salud* (Pinheiro, ed alter) en el mismo país.

El Programa Mujer y Género del MSP, sub componente Área de condición del varón y salud de las mujeres realizó tres investigaciones sobre varones durante el período 2004-2010. La primera investigación versó sobre la *participación de los varones en el parto y puerperio*; la segunda sobre la participación de los varones en la temática de *violencia doméstica* y la última, sobre la *salud de los varones uruguayos* (Aire, MSP, 2009). Los primeros dos trabajos muestran el creciente interés público en la salud de los varones pero carecen de un enfoque comprensivo de las masculinidades al concentrarse –como el nombre del sub componente lo indica- en el estudio de los varones en tanto sus prácticas inciden en la salud de las mujeres. Con la última investigación, primer estudio nacional sobre varones y salud, se avanza en entender a los varones como sujetos susceptibles de ser estudiados colectivamente, desde la perspectiva de género. Sin embargo, en el apartado de salud reproductiva, no se aborda el uso de métodos anticonceptivos con “control masculino”.

En cuanto a estudios nacionales que específicamente trabajen sobre *varones y regulación de la fecundidad*, podemos señalar los trabajos de Güida, Amorín y especialmente, los de Carril y López Gómez (2012) sobre aborto voluntario y subjetividad en varones, todos ellos en el marco de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología³¹, de la Universidad de la República. Dentro del Equipo Género, Cuerpo y Sexualidad de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, de la Universidad de la República, se destacan como antecedentes los trabajos de Dos Santos, Espasandín y Rostagnol

31 Actualmente Género, salud reproductiva y sexualidades del Instituto de la Salud.

(2004); Rostagnol (2003) y el trabajo de Rostagnol (2012) que abordó las relaciones entre los varones y sus trayectorias afectivo-eróticas con la anticoncepción y el aborto voluntario³².

En relación a *anticoncepción no reversible* y la opción metodológica de tomar la vasectomía como analizador de masculinidades en esta investigación, no existen antecedentes locales de investigación que desde abordajes cualitativos pongan en diálogo varones y tecnologías de anticoncepción no reversibles.

De los trabajos relevados, merece ser destacada la investigación de David Amarin sobre *adulthood y masculinidad* en Uruguay. Desde un enfoque psicológico, el autor trabaja temas relevantes para nuestra empresa como la sexualidad y la anticoncepción. El hallazgo de este trabajo en relación los métodos no reversibles resulta un importante antecedente. Plantea el autor: “ninguno [de los 32 varones de clase media-alta entrevistados] está vasectomizado ni menciona tener en mente apelar a este recurso quirúrgico” (Amarin, 2007: 214). En otro sentido, es un antecedente relevante para esta tesis, el trabajo de Güida (2006) sobre *equidad de género y políticas en Uruguay* que da cuenta de avances y resistencias dignas de ser analizadas desde las dimensiones de género y masculinidades, evidenciando el carácter masculino de la institución estatal.

Por otra parte, es necesario recuperar los trabajos pioneros de la sexología uruguaya de Arnaldo Gomensoro y Elvira Lutz, referentes ineludibles de la experiencia de investigación y educación de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF)³³, a partir de la década del setenta en la escena local. En particular, se destaca el interés por investigar el punto de vista de los varones en relación a la

32 Investigación, “Prácticas heterosexuales y regulación de la fecundidad” (FHCE, CSIC- UdelaR), realizado en el marco del Proyecto regional “Heterossexualidades: contracepção e aborto” a cargo de María Luisa Heilborn (IMS- UERJ).

33 La Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigaciones sobre Reproducción Humana (AUPFIRH) o Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF), fue fundada en 1963 por iniciativa del Profesor Dr. Hermógenes Alvarez, quien desde la clínica Ginecotológica “C” de la Facultad de Medicina (en el Hospital Pereira Rossell) impulsó y promovió la Planificación Familiar en el Uruguay. Es miembro de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, cuya sigla internacional es IPPF.

sexualidad y a la reproducción y preguntarse -ya en la década del noventa- por el "Ser varón en el dos mil, la crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones"³⁴. Preocupados por la falta de involucramiento de los varones en los procesos vinculados a la esfera íntima, integrantes del colectivo "Grupo de Reflexión sobre la Condición Masculina", realizaron un estudio de corte cuantitativo sobre opiniones y actitudes de varones frente a los derechos sexuales y reproductivos. A partir del análisis de la información recogida, los autores concluyen que frente al desafío que supone lo que definen como un proceso de "renacimiento" femenino, el varón no responde construyendo una nueva condición masculina, sino que se limita a un proceso de "reciclamiento" donde pueden modificarse ideas, opiniones y roles socialmente asignados, pero no aparecen transformaciones profundas (Gomensoro, ed alter, 1998: 28). Esta contradicción entienden los autores, conlleva conflictos a la interna de las parejas contemporáneas heterosexuales.

Por último, cabe mencionar que la mayoría de los estudios realizados sobre control de la fecundidad y prácticas anticonceptivas en Uruguay, se han llevado a cabo en contextos urbanos, fundamentalmente, en la ciudad de Montevideo y Área Metropolitana, siendo casi inexistentes las investigaciones sobre estas temáticas para el medio rural (Grabino, 2007).

Al pensar los problemas teóricos planteados en el campo de varones/masculinidades y anticoncepción en clave local, este trabajo intenta analizar la particularidad del caso uruguayo en el contexto latinoamericano en tanto realidad

34 La primera edición del libro es del año 1995, la segunda de 1998. Resulta interesante que en el Prólogo a la Segunda edición se aclara que se ha cambiado el título original "La nueva condición del varón", por "Ser varón en el dos mil" ya que el primer título había tenido escasa resonancia y produjo confusiones conceptuales. Dicen los autores: "es imprescindible reconocer, autocriticamente, que los objetivos que nos habíamos propuesto los autores del libro y de la investigación que le sirvió de punto de partida no se cumplieron satisfactoriamente. Es decir, tenemos que reconocer que la intención de despertar conciencia y movilizar a los varones tuvo escasa respuesta, tanto en el público en general como en los especialistas presuntamente interesados naturalmente en el tema: sociólogos, psicólogos, consejeros matrimoniales, asistentes sociales, educadores y docentes de ambos sexos. Esta escasa resonancia confirma la evidencia de que compartimos el mismo destino de los pocos materiales críticos que abordan la problemática de la masculinidad" (Gomensoro, ed alter, 1998: 12). Ello deja en evidencia que en los años noventa, las masculinidades eran un campo de estudio aún muy incipiente en Uruguay.

compartida y que al mismo tiempo expresa múltiples contrastes de acuerdo a cada configuración particular.

Referencias insoslayables en el campo de los varones y las masculinidades en América Latina son José Olavarría y Teresa Valdés en Chile; Norma Fuller en Perú; Mara Viveros en Colombia; Ana Amuchástegui; Margareth Arilha y Matthew C. Gutmann en Méjico; Gary Baker en Brasil. En Argentina, Eduardo Archetti; Mónica Gogna; Edith Pantelides; Elsa López; Silvina Ramos; Rosa Geldstein; Marcelo Villa y Eleonor Faur.

Estas producciones dentro del campo de los estudios de masculinidades en América Latina en los últimos años, puede ser ordenada de acuerdo a algunos ejes temáticos. A partir de una revisión exhaustiva de trabajos latinoamericanos, Viveros (2002), identifica tres grandes secciones con multiplicidad de enfoques y abordajes: “identidades masculinas”; “violencias y homosociabilidad masculina” y “las masculinidades en el ámbito privado”, sección que incluye las investigaciones relacionadas con representaciones y prácticas en torno a la paternidad, trabajos sobre salud sexual y reproductiva y sexualidad masculina. En esta sección podemos incluir los trabajos académicos de corte empírico de autores como Infesta Domínguez, Gogna, Ramos, Villa, Pantelides y López en Argentina; Arilha y Amuchástegui en Méjico; Sandrine Machado en Brasil.

Un aspecto compartido por las investigaciones latinoamericanas sobre masculinidades en el ámbito privado e identificado por Viveros, es dar cuenta de la tensión presente entre la existencia de un espacio históricamente feminizado (el campo de la reproducción) y la efectiva presencia y participación del varón en ese campo. Asimismo, se percibe el desfasaje "entre la adopción de un discurso moderno que preconiza una participación del varón en las decisiones reproductivas y la construcción de nuevos modelos de familia y relaciones de género sobre bases más democráticas y equitativas" (Viveros, 2002: 89).

Sandrine Machado (2003; 2009) cuestiona la idea de la anticoncepción como cuestión relegada al interés de las mujeres y propone por el contrario, que los

hombres están muy preocupados por ese tema, por lo que la sexualidad y la reproducción no aparecen como categorías disociadas en las experiencias de los sujetos. Al trabajar con la noción de decisiones reproductivas como “situacionales” y el concepto de “fase de vida” como categoría relevante, la autora da cuenta del carácter dinámico de las decisiones, abriendo un campo interesante para pensar el proceso de toma de decisiones sobre la anticoncepción.

Nuestro interés versa sobre los discursos producidos desde las políticas públicas y los supuestos que manejan y bajo los que operan los efectores de salud, por lo que son referencias para la región, el trabajo de Perrotta ed alter (2011), que analiza el acceso a la anticoncepción quirúrgica en el discurso de los profesionales de la salud en Argentina y el de Del Río Fortuna (2013) que analiza los modos de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Argentina y Brasil. Este último trabajo aborda los contextos sociopolíticos en los que se problematiza política y normativamente su disponibilidad y las prácticas sociales en torno a ella de profesionales de la salud y de otros actores sociales.

Dentro de los trabajos que abordan específicamente el tema de la vasectomía, debemos mencionar los clásicos trabajos de Mara Viveros para Colombia (1998, 2002, 2009) y Matthew C. Guttman para Méjico (2009). También los trabajos de Nádía María Marchi, ed alter (2005); Ana Lole Dos Santos (s/f) y Lorena Lima de Moraes (2009) para Brasil y Fernando Huerta Rojas (2007) para Méjico.

Es preciso destacar los aportes de Ana Lole Dos Santos (s/f) quien, centrándose en las demandas de vasectomía manifestadas en salas de planeamiento familiar, analiza las relaciones de género involucradas en las prácticas y representaciones sociales que organizan las políticas y programas ligados a la salud reproductiva. Asimismo, el trabajo de Lorena Lima de Moraes (2009), que muestra el modo en que el discurso religioso interviene en la práctica médica de los profesionales de la salud y cómo ciertos aspectos morales son puestos en juego en la orientación sobre vasectomía. Incluimos también el trabajo de Viveros ed alter (1998) sobre representaciones sociales acerca de la esterilización masculina desde el punto

de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en Bogotá. Sus observaciones muestran cómo las prácticas en la atención a los usuarios, así como los discursos de los/as efectores, están marcadas por su condición de género (Viveros ed alter, 1998) abriendo una línea de análisis para nuestra investigación. Adscribiendo a una visión dinámica del género, se intentó profundizar y problematizar el modo en que los efectores de salud varones y mujeres (re)presentan la vasectomía y los usuarios del servicio -e interactúan con ellos- y la forma en que repercute en la construcción identitaria de los varones usuarios, siguiendo los aportes de la literatura sobre género e instituciones (Connell; Mahmood; Mc Elhinny; Ortner; entre otros/as autores).

Por último, interesa mencionar algunos trabajos que abordan la experiencia de la vasectomía y los sentidos involucrados en la intervención. Aun cuando la subjetividad de los varones vasectomizados no constituye el eje de esta investigación, han sido productivos para problematizar las representaciones que los profesionales de la salud tienen sobre los cuerpos masculinos reproductivos y la participación de los varones en los procesos de regulación de la fecundidad.

Así, resulta productivo el trabajo de Nádía María Marchi ed alter (2005) que da cuenta del proceso de “opción por la vasectomía” como método anticonceptivo en las parejas. Desde lo metodológico, el “doble abordaje”, es decir el trabajar con la pareja en simultaneidad, evidencia las contradicciones de las relaciones de género y los modelos de pareja, familia y convivencia y, por tanto, la necesidad de adoptar una perspectiva relacional. Por su parte, Huerta Rojas (2007) analiza representaciones de varones mejicanos en torno a la vasectomía y el modo en que este método anticonceptivo encarna una de las contradicciones y complejidades de la condición y de la situación genérica de los hombres, produciéndose un vaivén entre mandatos de masculinidad “hegemónica” y discursos propios de nuevos contextos de equidad entre varones y mujeres. Asimismo, Viveros (2009) indaga en las consecuencias de la decisión por la vasectomía. La autora observa una diversidad de situaciones vividas y de significados atribuidos por las parejas a la intervención quirúrgica; alianzas orientadas por criterios igualitarios y reproducción de las jerarquías de género. De

todos modos, concluye 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” (Viveros, 2009: 27). Sin embargo, en términos de una democratización de la esfera íntima, la autora afirma que es necesario superar estos “logros individuales”.

ii- Discusiones en torno a varones, reproducción y regulación de la fecundidad desde una perspectiva de masculinidades.

A mediados de la década de los setenta se abre un nuevo campo de estudios, los *men's studies*, pero es a partir de la década de los ochenta –y retomando los aportes del feminismo y los estudios de género- que desde los países anglosajones aparecen las producciones que visibilizan el polo de la dicotomía hasta ese momento “naturalizado”. Al decir de Viveros (2002: 42) se comienza a analizar al varón como un “otro”, con especificidades genéricas, emergiendo así los estudios sobre masculinidades. Posteriormente, hacia finales de la década de los ochenta y en los años noventa, se da el ingreso de lo masculino en los ámbitos académicos latinoamericanos. Sin embargo, continúa siendo problemática la delimitación y los usos de la categoría *masculinidades*, lo que trae aparejado riesgos metodológicos para la investigación social (Amuchástegui, 2006)³⁵.

Sin pretender agotar la discusión teórica, se presenta una sintética conceptualización en torno a varones y masculinidades, con énfasis en la articulación con el campo de la reproducción y la regulación de la fecundidad del modo en que ha sido trabajada durante esta investigación. La discusión teórica permite pensar en las

35 Juan Guillermo Figueroa preguntándose por la agenda pendiente del trabajo en masculinidades en Latinoamérica, plantea que la primera agenda pendiente es la misma definición del término "masculinidades", que es utilizado ambiguamente, desde diversos enfoques políticos y teórico-metodológicos: los feminismos, los estudios de género, los derechos humanos. En: Conferencia "Agenda pendiente del trabajo en masculinidades en Latinoamérica" del 4to. Encuentro de estudios sobre masculinidades, Bolivia, 2012. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=MnoNKyOmt3E> Publicado el 22 agosto 2013, Fecha de Acceso: diciembre 2013.

masculinidades más que como objeto de estudio discreto, como un enfoque o abordaje posible, de lo cual, se desprende el título de este apartado.

Género, sexo, varones y masculinidades.

La perspectiva de *género* puede ser entendida en sentido amplio, como forma de acceso al estudio del campo del poder, siguiendo la definición que la historiadora norteamericana Joan W. Scott planteara en el año 1985: “género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos, y el género es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder” (Scott, 2008: 65).

El primer nivel de la definición (género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos), implica cuatro elementos interrelacionados: los símbolos disponibles que evocan representaciones; los conceptos normativos que frecuentemente adquieren la forma de oposiciones binarias fijas; el marco institucional y las organizaciones y por último, la identidad subjetiva³⁶. El segundo nivel (género como una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder) supone que el género es un campo primario dentro del cual, o por medio del cual, se articula el poder. Y reconoce que si bien no es el único campo donde ello sucede, se ha dado de forma persistente y recurrente. Así, se refiere a lo que llama “función legitimadora” del género, operando en varios sentidos. En este sentido, dirá que

el género se refiere a la oposición hombre/mujer, pero al mismo tiempo, también establece el significado de ésta (...) La oposición binaria y el proceso social de las relaciones de género pasan a formar parte del significado del propio poder; y

36 La autora propone utilizar este esquema sobre el proceso de construcción de las relaciones de género para discutir otras categorías, como la clase, la raza, la etnicidad. Al mismo tiempo, hay en la autora, un esfuerzo por pensar al género como categoría imbricada con otras esferas de lo social y no como categoría identitaria aislada, perspectiva clave para el estudio de las desigualdades sociales desde los llamados feminismos post-coloniales, críticos del feminismo que identifica como sujeto político a la mujer blanca, heterosexual, de clase media y proveniente de los países centrales.

el hecho de cuestionar o alterar algún aspecto del mismo representa una amenaza para el conjunto del sistema. (Scott, 2008: 73)

La construcción de la noción de género, en Scott está fundada en un proyecto con una fuerte impronta metodológica, nutrido de las teorías post-estructuralistas, en tanto hay una búsqueda por deconstruir el origen de las categorías sociales, que son entendidas como efectos y no causas de los procesos sociales. Las categorías “mujer” o “varón” entonces, son efecto de un proceso discursivo y no el punto de partida del proceso de investigación. Ello remite a un ejercicio genealógico sobre las categorías, para develar los binarismos involucrados. Se hace necesario preguntarse por la construcción de subjetividades individuales en contextos específicos; historizar y deconstruir las categorías “varón”, “mujer” y las relaciones involucradas.

Este análisis debe incluir, al mismo tiempo, la dimensión de la biología y la sociedad³⁷, por lo que aun tomando como punto de partida esta definición de género, es preciso definir que de acuerdo a Laqueur (1990) el *sexo* entendido como la dimensión biológica, también es una construcción social, cuya invención, es posible identificar en el siglo XVIII, momento en que “los órganos de la reproducción pasaron a ser lugares paradigmáticos que manifestaban la jerarquía, resonante en todo el cosmos, por ser el fundamento de la diferencia inconmensurable”. El contexto que permite dicha formulación no residía ni en la teoría del lenguaje, ni en el avance del conocimiento científico, el contexto era político (Laqueur, 1990: 257-258; 262).

Queda planteada entonces, la crítica a la dicotomía cartesiana *naturaleza* (*sexo*) - *cultura* (*género*) con dos grandes implicancias para nuestro trabajo. La primera es la propuesta de realizar un "duelo a los dualismos" (Fausto-Sterling, 2006), en tanto el hecho de etiquetar a alguien como varón o como mujer, debe ser entendido como una decisión social, no científica o basada en la naturaleza. De modo que es la concepción del género, y no la ciencia, la que define el sexo, al tiempo que dicha concepción del género, afecta al conocimiento científico sobre la diferencia sexual. La autora analiza así el modo en que las verdades científicas sobre la

37 El propio Laqueur reconoce esta doble perspectiva en la clásica definición de Scott (1990: 35).

sexualidad, son corporeizadas, reformuladas socialmente y producen efectos culturales. La segunda implicancia, vinculada a la anterior, es la necesidad de historizar las relaciones clásicamente naturalizadas como la maternidad, la paternidad y la familia (Fonseca, 2005).

Las articulaciones entre género, sexualidad y ciencia, permiten discutir cómo las relaciones de género influyen la producción científica y, al mismo tiempo, cómo esta producción ha servido de fundamento a determinadas reafirmaciones de jerarquías de género (Rohden, 2009) presentes en la sociedad occidental y que son puestas en juego en los escenarios estudiados en este trabajo. Podemos afirmar con Stolcke, entonces, que una historia del concepto de género implica y refleja, por lo tanto, la concepción cambiante de la cultura en relación a la naturaleza³⁸. De modo que la "pregunta clave no se circunscribe a cómo se relacionan el sexo con el género y la sexualidad, sino en qué circunstancias históricas y en qué sentido las diferencias de sexo engendran desigualdades de valor y poder entre seres humanos" (Stolcke, 2004: 101).

Avanzando en la conceptualización hacia el campo de las masculinidades, retomamos los aportes de Raewyn Connell quien propone que en lugar de definir la masculinidad como un objeto (un carácter de tipo natural, una conducta promedio, una norma) necesitamos centrarnos en los procesos y relaciones por medio de los cuales los hombres y mujeres llevan vidas imbuidas en el género. La masculinidad "es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género; las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura"

38 Stolcke (2004: 82) identifica el momento en que por primera vez es utilizado el término género, aunque de modo poco claro, con la antropóloga Margaret Mead quien escribió en el año 1949: "cada una de estas tribus (en Nueva Guinea) tiene, como toda sociedad humana, el elemento de la diferencia sexual para usarlo como tema en el argumento de la vida social y cada uno de estos pueblos ha desarrollado esta diferencia diferentemente. Al comparar la forma en que han dramatizado la diferencia sexual, es posible ampliar nuestros conocimientos sobre cuales elementos son construcciones sociales, originariamente irrelevantes respecto a los hechos biológicos de sexo-género". Para Stolcke, estas ideas (e incluso las planteadas por Simone de Beauvoir) pasaron desapercibidas hasta el surgimiento del movimiento feminista internacional.

(Connell, 2005: 6). Así, entiende la masculinidad y femineidad como proyectos de género, es decir, “procesos de configuración de la práctica a través del tiempo, que transforman sus puntos de partida en las estructuras de género” (Connell, 2005: 7). Ser un hombre o una mujer, entonces, no implica un estado pre-determinado, sino que puede entenderse como un devenir, una condición en construcción. Así como Simone de Beauvoir estableció el carácter construido del ser mujer, el principio del género como trabajo, aplica también a los hombres: “uno no nace masculino, pero se tiene que hacer varón” (Connell, 2013)³⁹.

Es en este sentido que Careaga y Cruz Sierra (2006: 11), afirman que la cultura de género reproduce, con base en un sistema de oposición, el sentido de la masculinidad, produciendo ciertas identidades y subjetividades. Aun reconociendo que la masculinidad no es una posición fija, por estar condicionada por otras categorías de distinción social, y que la masculinidad trasciende los cuerpos biológicos y las individualidades, es posible acotar su dominio a un colectivo: el de los hombres. Optar por esta definición operativa, no impide visibilizar la experiencia de otras masculinidades, como aquellas habitadas en cuerpos de mujeres biológicas: las masculinidades femeninas, entendidas como simulacro (Lacombe, 2006) o donde lo masculino no constituye necesariamente una identidad genérica (Meinerz, 2011).

Otro nivel de análisis se vincula a la posibilidad de definir y distinguir empíricamente masculinidades. En este sentido, la literatura sobre varones se ha referido a las "masculinidades hegemónicas" y como contraparte, a las "nuevas masculinidades", distinción que en ocasiones, en la búsqueda de la masculinidad como entidad discreta e identificable, ha producido un proceso de cosificación o esencialización (Amuchástegui, 2006). Sin embargo, conviene hacer una distinción en tales usos.

La idea de hegemonía gramsciana incorporada al campo de las masculinidades por Connell, permite analizar "la masculinidad que ocupa la posición hegemónica en un modelo dado de relaciones de género, una posición siempre disputable" (Connell,

39 "One is not born masculine, but has to become man".

2005: 11). Más allá del debate que se ha dado en este sentido, hablar de masculinidad hegemónica, no necesariamente invisibiliza la pluralidad de formas de ser de los hombres, ni cristaliza tales formas. Por el contrario, permite al mismo tiempo, dar cuenta de “las fronteras” (Barth, 1976), aquello que separa los modelos legitimados de aquellos que no lo están, los modelos que gozan de un lugar de dominación, de aquellos subordinados. Se trata en otro sentido de prestar atención al hecho de que los hombres se diferencian entre sí, que existen distintas clases de hombres (Archetti, 2003: 160). Se hace necesario analizar a los sujetos varones en situaciones que ponen en crisis la agencia masculina y las ideas y valores asociados con las masculinidades hegemónicas, tales como actividades tradicionalmente consideradas como femeninas (las tareas de cuidado como ejemplo) o situaciones relacionadas con lo sexual y la pasividad (violación, tratamiento médico intrusivo, disfunción sexual) o incluso situaciones como desempleo constante y diferencias de salarios con sus parejas mujeres. Sin embargo, esas posiciones sociales se encuentran en permanente estado de cuestionamiento. Y es justamente ese carácter dinámico del proceso el que impide sí hablar de "nuevas masculinidades" (Faur, 2005) en tanto las transformaciones en las relaciones de género no son universales, ni estables, ni unidireccionales.

Por tanto, a efectos de la investigación social, es preciso distinguir lo que se denomina “la construcción social de la masculinidad” de las propias “experiencias de los hombres, que no están reducidos a someterse a tal construcción y que manifiestan innumerables formas de resistencia”. De este modo, el proceso busca aprehender los modos de jugar esos espacios, concentrándose en la comprensión de la fluidez del género, y ya no en la identificación de masculinidades, alternativas, o subyugadas. Se trata, entonces, de entender la masculinidad en tanto proceso social (Amuchástegui, 2006: 175 y 178).

Por último, para situar masculinidades, en esta investigación resultó productivo atender al análisis de lo que Archetti llama “moralidades masculinas”, criterios clasificatorios o demarcatorios entre lo que es bueno y lo que es malo en un

contexto dado, lo que supone entender las identidades de las personas, en vinculación a la producción de agentes morales. Para este autor, "el estudio de las masculinidades -o, mejor aún, de las masculinidades idealizadas- no implica simplemente el análisis de los hombres o de las relaciones entre los sexos, sino más bien un modo de representar un sistema para producir diferencias morales" (Archetti, 2003: 161), proceso en el que también intervienen elementos identitarios nacionales.

En síntesis, al explorar los debates en torno a varones-decisiones reproductivas y anticoncepción, buscamos aprehender los procesos sociales que producen masculinidades, al tiempo que las masculinidades constituyen un punto de vista epistemológico durante la investigación.

El campo feminizado de la reproducción y el control de la fecundidad.

Centrándonos en el campo de la reproducción y el control de la fecundidad, podemos definirlo como un espacio "feminizado", producción socio-histórico-cultural que ha restringido los procesos vinculados a la reproducción biológica en un *locus* femenino, invisibilizando a los varones como sujetos reproductivos.

Este proceso de "feminización" de la reproducción (particularmente en la medicina reproductiva) se da según Oudshoorn (2004), desde finales del siglo XIX y particularmente durante el siglo XX. Conocimiento, diagnósticos y terapias han sido focalizadas en los cuerpos reproductores femeninos. Desde el lanzamiento en el mercado de la píldora anticonceptiva a comienzos de los sesenta, laboratorios, clínicas ginecológicas, compañías farmacéuticas, políticas de planificación familiar y movimientos de mujeres en torno a la salud "se han centrado casi exclusivamente en la mujer, rechazando a los hombres como sujetos potenciales de investigación, usuarios y clientes" (Oudshoorn, 2004: 350). Ejemplo de ello es que durante el siglo XX no se desarrollaron nuevos anticonceptivos para hombres, excepto por la mejora en los ya existentes desde el siglo anterior: preservativos y esterilización. Esta situación es lo que la autora denomina "vacío de género en anticonceptivos".

Al respecto, Arilha plantea que “a pesar de ser genéticamente igualmente participantes, hombres y mujeres, no tienen igualdad de participación en el proceso reproductivo en términos de volumen de trabajo corporal que la reproducción acarrea para cada uno de los sexos” (Arilha, 1999: 458). En este sentido, el campo de la reproducción supone relaciones de poder, de desigualdad:

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 hacia ellas. Para los hombres, se traduce en escasa participación en las prácticas anticonceptivas, y en el menor desarrollo de la tecnología anticonceptiva dirigida hacia ellos, entre otros efectos. (Viveros, 1998: 149)

La toma de decisiones y el involucramiento masculino en el campo de la sexualidad y la reproducción, ha sido ampliamente trabajada desde ámbitos académicos. Asimismo, el problema de la “feminización” de la salud reproductiva se ha abordado desde distintas perspectivas feministas. Por un lado, se intenta promover un involucramiento de los hombres, que aliviane la carga que existe sobre la mujer en este campo. Por otro lado, se considera que esta promoción pone en riesgo el control de los métodos –y por tanto de sus cuerpos- por parte de las mujeres, debilitando la posibilidad de autonomía, o corriendo el riesgo de reciclar el poder masculino sobre los cuerpos de las mujeres avaladas por políticas públicas de salud (Zamberlin, en Sanseviero, 2003: 134-135; Amuchástegui, 2006: 167-168).

Oudshoorn (2003; 2004) aporta, desde una perspectiva novedosa, pistas para complejizar el abordaje del campo feminizado de la salud reproductiva. La autora trabaja desde los estudios de género e innovación tecnológica y plantea que desde la década de los sesenta, el predominio de las drogas modernas en anticoncepción dirigidas a mujeres ha disciplinado –en términos foucaultianos- tanto a hombres como a mujeres a delegar la responsabilidad de la regulación de la fecundidad en estas últimas. Vinculado a ello, el uso de anticonceptivos, ha sido separado del modelo de masculinidad hegemónica. Ambas situaciones se han constituido en barreras para la

innovación tecnológica en los anticonceptivos para hombres. Basándose en un análisis de pruebas clínicas a gran escala de anticonceptivos hormonales para hombres, organizado por la Organización Mundial de la Salud a finales de 1980 y principios de 1990, la autora muestra cómo el desarrollo de anticonceptivos nuevos para hombres requiere de la renegociación de identidades masculinas (Oudshoorn, 2004: 349). Y en este punto, se vuelve clave para pensar nuestro objeto de estudio. El argumento central de la autora, sostiene que cualquier tecnología que entre en conflicto con la masculinidad hegemónica tiene que luchar para seguir existiendo. Se trata de analizar las resistencias por parte de diversos actores (cientistas, clínicos, periodistas, feministas y farmacéuticos), a la aceptación de anticonceptivos hormonales masculinos si estuviesen disponibles, teniendo en cuenta visiones hegemónicas de la masculinidad. Oudshoorn muestra “cómo la fabricación de nueva tecnología anticonceptiva para hombres culturalmente viable requiere de la desestabilización de las performances convencionalizadas de las identidades de género” (Oudshoorn, 2004: 351). Así, los experimentos se convierten en locaciones para la co-construcción de una nueva identidad masculina. Ello, sin embargo, no implica que las masculinidades hegemónicas estén completamente ausentes de las narrativas de los varones participantes de las pruebas clínicas, en tanto, el control de la reproducción no aparece como un aspecto central. Por el contrario, la autora identifica que en el terreno de la anticoncepción masculina –así como en el caso del Viagra- el dominio y control de la sexualidad, más que de la reproducción y la responsabilidad del varón en ese proceso aparecen como aspectos esenciales de la masculinidad. El estudio de Oudshoorn muestra entonces que la posibilidad de contar con métodos anticonceptivos desafía las masculinidades hegemónicas, particularmente la idea de que la fertilidad es un componente esencial de la identidad masculina (Oudshoorn, 2004: 362).

La bibliografía revisada alienta la realización de estudios que recuperen las tensiones y contradicciones de los múltiples agentes (varones, parejas, grupo de pares, efectores de salud) actuando en el campo de la reproducción y el control de la

fecundidad como terrenos de poder. Siguiendo la propuesta de Oudshoorn de la necesidad de renegociar identidades masculinas en el campo de la reproducción, son sugerentes los aportes de Ortner (2006) quien considera la agencia como algo negociado interactivamente; de Mahmood (2006) quien da cuenta de las tensiones entre resistencia y subordinación implicadas en la lógica de la agencia; así como la posibilidad de agencia sin intencionalidad explícita de los actores, que abre un abanico de posibilidades interpretativas acerca del cambio.

Capítulo III. El campo del control de la fecundidad y la anticoncepción en Uruguay.

“ay de los hombres que [...] echan aquí y allá [...] al soplo de las pasiones, la misteriosa fuerza cuyo origen divino se halla en ellos [...] ay de las madres que [...] desechan lejos [...] hacia la nada esas criaturas”⁴⁰

i- Panorama del comportamiento reproductivo contemporáneo en Uruguay

En el mes de diciembre del año 2011, el Presidente de la República José Mujica adelantó a la prensa algunos datos arrojados por el Censo de Población. Mujica fue categórico: *"Somos un pueblo viejo. Con peligrosos signos de extinción"*⁴¹, afirmó. Sin embargo, los especialistas no demoraron en responder: el Censo 2011 no generó sorpresas respecto de lo esperado; las principales tendencias demográficas se mantienen para Uruguay, también respecto a la estructura de edades y al bajo crecimiento poblacional, característico en el país desde sus orígenes (Calvo y Pellegrino, 2013)⁴².

Uruguay se caracterizó por tener un comportamiento demográfico atípico en relación al resto de los países de la región. A fines del siglo SXIX y principios del siglo XX, la sociedad uruguaya muestra signos propios de un proceso de modernización y urbanización con presencia de grandes contingentes de inmigrantes, factores que impactan en la adopción de pautas de comportamiento reproductivo de tipo “moderno” y que se registran ya a principios del siglo XX en los sectores urbanos (Paredes, 2003: 13). Desde el Novecientos, Uruguay controla su natalidad y reduce el

40 Monseñor Mariano Soler señalando a los esposos que convertían sus “votos” en estériles al practicar el “coitus-interruptus” como método anticonceptivo en el Uruguay de 1890 (Barrán, 2008).

41 Archivo Programa Informativo diario "Subrayado", Canal 10 (diciembre, 2011).

42 El año 1828, es la fecha de la Independencia nacional, momento en que se crea el Estado Oriental del Uruguay; dos años más tarde, en el año 1830 se Jura la Constitución de la República. En la historia del país se realizaron Censos en los siguientes años: 1908; 1963; 1975; 1985; 1996 y 2011.

número medio de hijos tenidos por las mujeres, iniciando así el proceso de la transición demográfica⁴³ contemporáneamente a la que ocurría en Europa del Sur y precozmente para el contexto latinoamericano, donde dicho proceso se identifica entre las décadas del 1950 y el 1960. Solamente Argentina, estrictamente la provincia de Buenos Aires, tuvo una cronología similar a la uruguaya en cuanto a la transición demográfica en América Latina (Chackiel, 2004; Pellegrino, et alter, 2008)⁴⁴.

La Tasa Global de Fecundidad⁴⁵ para el año 1900 fue determinada en 6 hijos; para el año 1950 en 3 hijos; en el 2000 desciende a 2,2 hijos (Pellegrino, et alter, 2008) y para el 2011, es de 1,93 hijos por mujer, mientras que la paridez media final para el mismo año es de 2,45 hijos⁴⁶. Este valor muestra un descenso significativo del arrojado por el Censo de 1996 de 2,70 hijos en promedio por mujer, al culminar su vida reproductiva (Varela Petito, et alter, 2014)⁴⁷.

43 La *transición demográfica* "ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad" (CELADE, s/d).

44 De acuerdo a Germani (1987/1955), la natalidad en Argentina sufre un proceso de disminución hasta el año 1943 y a partir de allí comienza a aumentar ligeramente. El proceso de transición demográfica ha sido siempre más claro en la Ciudad de Buenos Aires. En las últimas décadas del siglo XX sin embargo, este proceso de transición de la fecundidad se ha ido extendiendo hacia el interior del país "constituyéndose este cambio en el principal sustento del suave descenso que se produce en el nivel del país. En el año 2001, la tasa global de fecundidad del país (2,4 hijos por mujer) varía entre las veinticuatro jurisdicciones con valores que oscilan entre alrededor de 2,0 hijos por mujer (Ciudad de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe) y 3,3 hijos por mujer (Misiones, Catamarca, Formosa y Salta)". Hasta finales de los '90, la Argentina seguirá mostrando niveles de fecundidad por debajo del promedio en América Latina, pero a partir de ese momento sus tasas serán iguales o sólo levemente inferiores a la media regional (Moreno y Pantelides, 2009: 71).

45 "La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que cumpliera con dos condiciones: a) que durante su período fértil tenga sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y b) que no estuviera expuesta a riesgo de mortalidad desde su nacimiento hasta el término de su período fértil" (Varela Petito, et alter, 2014: 7).

46 "La paridez media final es el número medio de hijos tenidos por las mujeres al final de su período fértil, aproximadamente entre los 45 y 49 años" (Varela Petito, et alter, 2014: 7)

47 A propósito de la presentación de la citada investigación demográfica, el periódico digital El País, publicó el 9 de marzo del 2014 una nota con el siguiente encabezado: "Fecundidad es la más baja

Los datos que arroja el Censo poblacional realizado en el año 2011, muestran que el modelo reproductivo contemporáneo se sitúa en torno a los dos hijos en promedio, lo que constituye el patrón que las uruguayas suelen tener como ideal. Por otra parte, las mujeres sin descendencia hacia el final de su etapa reproductiva no son más numerosas que en el censo anterior y rondan el 11% de las mujeres (Pardo y Varela, 2013).

Así, la fecundidad continúa siendo baja en Uruguay, pero no es de las más bajas a nivel internacional. Considerando el indicador de paridez media final de 2,45 para 2011 según Varela Petito, et al (2014), es posible afirmar que sus valores se encuentran levemente por encima del umbral del reemplazo de población⁴⁸.

Se estima que la población seguirá creciendo aunque muy levemente como es característico de su historia demográfica y tendencia actual, pero ello no ha sido identificado por los investigadores como un problema demográfico relevante. Lo que sí aparece como un problema social, es la heterogeneidad del comportamiento reproductivo de la población, donde se destaca el fenómeno de la fecundidad adolescente (que aún es elevada en relación a los países de la región) y la alta fecundidad entre los estratos socioeconómicos más desfavorecidos, que queda en evidencia en la desigual distribución de la fecundidad a nivel departamental y en los barrios de la capital del país, asociada a la segmentación territorial y socioeconómica de la población de Montevideo. Ello permite hablar de la coexistencia de al menos dos modelos reproductivos contemporáneos en Uruguay: uno propio de grupos poblacionales con paridez media final baja (entre 1,3 y 1,8 hijos por mujer) y otro, propio de grupos con un promedio de hijos en el entorno de los cuatro hijos (Varela Petito, et al, 2014). Como contraparte, son los sectores socioeconómicos medios y altos los que mayormente han incorporado las pautas de control de fecundidad (Paredes, 2003: 12) en el contexto uruguayo.

de la historia".

48 Estimado en 2,1 hijos por mujer para poblaciones como la uruguayana (Calvo y Pellegrino, 2013: 18).

La comprensión de los comportamientos reproductivos diferenciales descritos debe incorporar entonces una perspectiva de las desigualdades sociales. En simultáneo, una perspectiva de trayectoria biográfica en el marco de la cual se configura el comportamiento reproductivo y a lo largo de la cual se define la existencia o no de hijos en la vida de las personas, alienta un análisis de nivel micro. En ese escenario, se expresa la tensión existente entre el avance de la privatización de la familia y la intervención del Estado en la regulación de las relaciones entre sus miembros, apareciendo a su vez, como garante de las sucesivas autonomías (Paredes, 2003: 45). Estos procesos deben situarse en un contexto de transformaciones en las relaciones de género y en las dinámicas familiares por las que ha atravesado la sociedad uruguaya en las últimas décadas, en el marco de la llamada “segunda transición demográfica”⁴⁹, donde Uruguay converge nuevamente con los países del Norte en lo relativo a diversos indicadores de cambio familiar (Pellegrino, et al, 2008).

El Censo 2011 proporciona información de interés sobre las dinámicas familiares contemporáneas entre las que se destaca la desinstitucionalización de las relaciones conyugales, tendencia que se inició en los años setenta, se agudizó en los noventa y que parece responder más a transformaciones actitudinales que a restricciones económicas o de mercado laboral. Así, del total de la población que está en pareja, la unión libre es del 40%, pero entre las personas de 15 a 29 años, el 80% de las parejas opta por convivir sin casarse, valores que se expresan de forma similar en Montevideo y en el interior del país y son altas en todos los niveles educativos. En cuanto a la fecundidad por tipo de pareja, las parejas de cohabitantes jóvenes tienen menos hijos que las parejas casadas. En cuanto a arreglos familiares, las parejas del

49 Hacia fines del siglo XX se inicia la llamada “segunda transición demográfica” proceso que involucra un conjunto de transformaciones que, aunque de modos diversos según el contexto, suceden a partir de la década de 1960 en la familia occidental, tales como aumento del divorcio, descenso de la nupcialidad, aumento de las uniones consensuales y nacimientos fuera del matrimonio legal. También, una nueva disminución de la fecundidad, en ocasiones con valores por debajo del nivel de reemplazo poblacional (Pellegrino, et al, 2008).

mismo sexo, representan actualmente el 0,3% del total de las parejas uruguayas (Cabella y Fernández Soto, 2013).

Para finalizar este apartado, cabe mencionar que los varones en Uruguay constituyen el 48% de la población. El índice de masculinidad sigue una tendencia descendente desde el año 1996 (94,2) (AIRE, MSP, 2009). Los datos del Censo 2011 muestran una muy leve tendencia de aumento de la población femenina, debido a las mayores ganancias de esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres: el porcentaje de mujeres pasó de 51,7% en 2004 a 52% en 2011. Así, la relación de masculinidad, que expresa la cantidad de hombres cada 100 mujeres, pasó de 93,4 en 2004 a 92,3 en 2011 (INE, 2011: 9).

El sobrevejecimiento de la estructura poblacional que se observa desde la década del setenta en Uruguay, producto fundamentalmente del descenso de la natalidad y que nos define como "*un pueblo viejo*", va acompañado de una creciente feminización de la vejez: las mujeres viven más años que los varones, siendo seis de cada diez entre las personas mayores de 64 años y siete de cada diez entre los mayores de 84 años.

ii. De “excepcionalidades”: miradas históricas para la comprensión de debates actuales sobre políticas de población.

La cuestión demográfica ha sido debatida en la arena pública uruguaya, de forma más o menos explícita, en diferentes momentos históricos, escenarios políticos y a través de diferentes agentes tomando la palabra. Resulta ilustrativo mencionar que en el año 1912 (un siglo antes de las citadas declaraciones de José Mujica), el entonces Presidente José Batlle y Ordoñez⁵⁰, mostraba la misma preocupación por el bajo crecimiento poblacional y promovía la fecundidad, también de las mujeres solteras, argumento que iba en contra del espacio legitimado social y moralmente para concebir: el matrimonio legal (Barrán, 2008: 212). Este hecho da cuenta de la

50 José Batlle y Ordoñez fue Presidente durante dos períodos de gobierno: 1903-1907 y 1911- 1915. Su impronta como líder del Partido Colorado, llevó a definir esa época como la del "Uruguay batllista".

relevancia política de la fecundidad y su significación como problema social para la época.

Como se mencionó, la historia demográfica uruguaya ha sido caracterizada como "atípica" con respecto a los países de la región, por la reducción temprana de la mortalidad y la fecundidad⁵¹ y sus flujos migratorios. Sin embargo, Pellegrino (1998) señala que "lo verdaderamente atípico de nuestro país se basa en la rapidez con que la sociedad adaptó su comportamiento reproductivo a los cambios económicos y sociales" lo que puede ser explicado -entre otros factores- por la temprana urbanización y europeización de mentalidades por la inmigración europea (Barrán y Nahum en Pellegrino, 1998: 110).

El análisis de los debates contemporáneos que ponen en diálogo Estado-Nación y control poblacional, requiere por tanto de la incorporación de una mirada histórica. En particular, es necesario situarnos en los debates gestados en el Uruguay del Novecientos, ya que de acuerdo al historiador José Pedro Barrán (2008), es en ese "Novecientos largo" que abarca desde comienzos de siglo hasta la década del '30 y el '40, donde es posible ubicar el inicio de una revolución silenciosa en el ámbito privado, marcada por la limitación de la prole familiar.

Durante las dos primeras décadas del siglo veinte se delineó el proyecto de país del "Uruguay Batllista", cuyas reformas: "favorecieron a los sectores urbanos, a una naciente clase media y un proletariado industrial a los que se integraron los inmigrantes europeos y sus descendientes". Como resultado de este proceso, el Uruguay se coloca como el primer Estado de Bienestar de América Latina (Sapriza, 2011a: 75). En relación a la participación del Estado en la esfera íntima, se destacan dos hitos cronológicos: la primera Ley de Divorcio absoluto del año 1907 y

51 Aunque es posible identificar prácticas históricas y culturales, dirigidas a regular la natalidad, es posible afirmar que "el control voluntario de los nacimientos, como fenómeno masivo, comienza a generalizarse en Europa Occidental a mediados del siglo XIX", constituyéndose en un fenómeno social y demográfico fundamental, tanto por su impacto cuantitativo en el número de nacimientos, como en las prácticas privadas, concepciones de familia, de maternidad y paternidad (Pellegrino, 1998: 106).

posteriormente, en el año 1919 la entrada en vigencia de la Constitución de 1918, que consagra la separación de la Iglesia y el Estado⁵². En cuanto al reconocimiento de los derechos de las mujeres en Uruguay, se destaca la temprana inclusión de mujeres en todos los niveles de la educación, así como la Ley de sufragio femenino de 1932 (puesta en práctica en el año 1938), a partir de la lucha llevada a cabo por el movimiento de mujeres organizadas, obreras y profesionales (Sociedad Estatal de Acción Cultural, 2011: 32 y 33)⁵³.

Barrán ha propuesto el surgimiento de una nueva moral en el Novecientos, basada en las ideas de "intimidad" y de "individualismo" y que, el autor entiende, "constituye la base de la moral y los comportamientos privados actuales" (Barrán, 2008: 323).

Explorando las causas de estas transformaciones sociales, Barrán desestima el carácter protagónico de la ideología liberal, que sí puede ser entendida como el encuadre ideológico de estos cambios. Por otra parte, si bien el batllismo radical se enorgulleció de ser el portavoz de las "nuevas morales", que colocaban al Uruguay como país modelo en la escena latinoamericana y aún en la europea, Barrán argumenta que no es posible identificar linealmente a la nueva moral privada con las ideas propias del batllismo radical. Los batllistas promovieron fundamentalmente las leyes de divorcio (un componente de la díada en la transformación de la vida privada de la época); sin embargo, con respecto a la natalidad y su control, mostraron la misma preocupación que otros agentes sociales como los médicos de las mujeres e incluso tan distantes ideológicamente como el clero religioso y los partidos opositores. En este sentido el control de la natalidad por las parejas, con ausencia de colectivos que lo promovieran, escapa a una sencilla filiación ideológica. El modo en que se procesó este debate y sus coincidencias revela para Barrán (2008: 216) "la

52 Previamente, en el año 1909 se elimina la enseñanza religiosa de la educación primaria estatal.

53 De acuerdo a Sapriza (2011a: 73) ya desde fines del siglo XIX comenzaron a escucharse voces de mujeres burguesas y obreras, liberales y anarquistas, "tenían diferentes orígenes sociales y actuaban en distintos espacios, defendían proyectos a veces contrapuestos; pero coincidían en la voluntad de cambiar la situación de total exclusión de derechos -políticos, civiles, laborales y culturales- a las que estaban sometidas. Estas mujeres traían de la mano el proyecto de la Modernidad".

interpretación adecuada sobre el origen del control de la natalidad: una decisión de la intimidad en pro de la libertad de los miembros de la pareja como individuos", ideas que fueron experimentadas diferencialmente entre los sectores sociales de la época⁵⁴. Se colocaba entonces, el acento no ya en los deberes (elemento propio de la moral católica), sino en los derechos de los sujetos⁵⁵. Al mismo tiempo, se identifican discursos disciplinadores, en particular, en la esfera de la sexualidad, donde el saber médico comienza a jugar un papel fundamental como agente sanitario, secularizándose la noción de culpa, como nueva moral privada y laica. De ahí que pueda afirmarse la coexistencia de liberación y nueva represión en el Uruguay del Novecientos (Barrán, 2008: 237-238).

Ahora bien, ¿en qué momento es posible identificar el descenso de la fecundidad y cuáles fueron las estrategias que lo hicieron posible?

Las estimaciones de la evolución de la fecundidad general indican que desciende desde valores relativamente altos a principios del siglo (un promedio de seis hijos por mujer en 1908); que el descenso se acentúa en los años que siguen a 1929; que se produce un repunte de la fecundidad de las mujeres de Montevideo en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial y que en las décadas del sesenta y setenta el promedio de hijos por mujer es de tres. Se concluye así que durante el Siglo XX fue una parte importante de las mujeres uruguayas, y fundamentalmente de las mujeres de Montevideo las que optaron por no tener hijos o bien no pudieron acceder a la maternidad (Pellegrino, 1998: 111-115).

54 Si bien las fuentes son escasas en este aspecto, existen indicios de que la importancia concedida al resguardo de la intimidad propia, apareció entre los sectores altos y quizás medios de la sociedad, y dentro de ellos, fueron probablemente las mujeres y los intelectuales los más reflexivos en torno a la noción de privacidad. Estos sectores además, tuvieron capacidad de desarrollarla materialmente, como ejemplo, habiendo privatizado la higiene en el espacio íntimo del cuarto de baño (Barrán, 2008: 156-157).

55 En el año 1906, durante el Congreso del Libre Pensamiento (realizado en la Ciudad de Buenos Aires Argentina) la feminista María Abella, fundamentaba en la libertad de amar, los "derechos al propio cuerpo", argumentos que Sapriza (2011a: 76) entiende se relacionaron estrechamente con los cambios demográficos que se procesaban en el país y pueden ser entendidos como de avanzada para la época y contemporáneos con las ideas impulsadas, décadas más tarde, desde el feminismo de los sesenta.

Diversas estrategias fueron utilizadas para el control de la fecundidad en el Uruguay del Novecientos y fueron diferentes según los sectores sociales, por lo que es difícil estimar el aporte de cada una de ellas. Entre aquellas que causaron el descenso temprano de la fecundidad puede mencionarse la abstinencia en las relaciones sexuales (considerada una medida civilizatoria); el matrimonio tardío; la práctica del *coitus interruptus*⁵⁶ y el uso del preservativo, método que se expandió en los años cuarenta, en estrecha vinculación con la prevención de enfermedades venéreas y con cierta reticencia a ser utilizado en el ámbito de la pareja⁵⁷. Sin embargo, la práctica anticonceptiva que explica el control de la fecundidad es el aborto voluntario, que a pesar de su penalización durante todo el Siglo XX (a excepción del breve período 1934-1938 en el Código Penal Irureta Goyena⁵⁸), ha sido históricamente una práctica anticonceptiva extendida en la sociedad uruguaya (Sapriza 2011a; Sapriza 2011b; Pellegrino, 1998).

Durante la "segunda revolución contraceptiva" de la década de los sesenta, se generaliza la difusión de los anticonceptivos eficientes. Para ese entonces, la contracepción ya está incorporada en el comportamiento de las parejas uruguayas,

56 Práctica de control de la natalidad que preocupó al clero católico de la época, que la describió y denunció, atribuyéndole la responsabilidad al hombre y en consecuencia, el pecado, mientras que la mujer permanecía inocente en su carácter de pasiva (Barrán, 2008: 214). Desde otras perspectivas, la extensión de la práctica del *coitus interruptus* (junto con la abstinencia), darían cuenta de la circulación de concepciones más igualitarias entre los miembros de la pareja y de representaciones en torno a la responsabilidad sobre la procreación (Pellegrino, 1998: 116).

57 En su investigación sobre trabajo sexual en la sociedad uruguaya del Novecientos, Trochón (1998: 74) afirma que los preservativos fueron conocidos en el país desde finales del siglo diecinueve y gozaban de poca aceptación, al ser considerados "*una coraza contra el placer y una tela araña contra el peligro*". La historiadora ilustra el modo en que la prostitución fue signficada "de la mano" de la enfermedad: en 1920, en el marco del control estatal de enfermedades venéreas, el Instituto Profiláctico de la Sífilis aconsejaba repartir gratuitamente a los soldados que salieran de franco de sus cuarteles, una "caja profiláctica", que además de un preservativo incluía otros artículos de higiene que se creía, evitaban el contagio. Para profundizar en los debates locales y regionales sobre el "peligro venéreo" y su medicalización, véase Trochón, Y, (2003) "Las mercenarias del amor. Prostitución y modernidad en el Uruguay (1880-1932)", Ediciones Santillana, Montevideo.

58 Despenalización que da cuenta de la "modernización" de las sexualidades en esos años, lo que queda expresado en los argumentos parlamentarios que se basaron en la presencia de una nueva mentalidad en relación a la mujer, marcada entre otros elementos, por su incorporación al mercado de trabajo y el "movimiento feminista que obliga a la otra mitad masculina a un reajuste de sus ideas tradicionales acerca de la mujer como ser sexual" (Sapriza, 2011a: 77).

por lo que no se traduce en grandes cambios en los niveles de fecundidad: el número medio de hijos pasa de aproximadamente 3 en el año 1963 a 2,3 en el año 1985. El uso de anticonceptivos eficientes contribuyó entonces a reducir el tamaño de la familia, pero fundamentalmente a la reducción del número de abortos voluntarios, habilitando una liberalización de las actitudes hacia la sexualidad, separada ahora del mandato de la reproducción (Pellegrino, 1998: 116).

Son algunos de los hitos repasados en este apartado los que llevaron a definir al Uruguay como un país de "excepción" en el contexto latinoamericano. Quizás, sería más ajustado el adjetivo propuesto por Percovich: un país "curioso", de impronta liberal e igualitaria que debatió tempranamente los temas de la modernidad, al tiempo que su Estado y los partidos políticos fundacionales "incorporaron una escala de valores bastante restrictiva en materia de inclusión" social (Percovich, 2011: 49); dicho de otro modo, la legislación se anticipó a algunas transformaciones sociales necesarias. Así, el modelo de sociedad hiperintegrada invisibilizó sus diversidades y contradicciones, aún sin poder eliminarlas (Caetano, 1998). En la formación del Estado-Nación "en su doble juego de inclusión y exclusión, la invención de una centralidad identitaria expresada en un sujeto democrático permitió un peculiar tratamiento nacional de la diversidad que, en el arte de producir, clasificar e inventar las otredades posibles, entendió a la igualdad en tanto homogeneidad" (Guigou, 2000: 29).

La actuación de aquellas mujeres pioneras que se habían organizado durante las primeras décadas del siglo veinte, disminuyó a partir de la obtención del derecho a votar. Y es a partir de la aprobación de la Ley de Derechos Civiles de la Mujer en 1946 (signada por la labor de las primeras mujeres parlamentarias) que puede marcarse el cierre de una etapa de luchas, comenzando a operar el mito de la igualdad entre hombres y mujeres en el Uruguay. Una nueva etapa se abre recién a partir de 1985 y en un contexto internacional propicio para el debate en torno a los derechos que como ciudadanas no les eran garantidos a las mujeres, tanto en la esfera pública como en la privada (Percovich, 2011; Sapriza, 2011a). En este proceso, va a

ser determinante la presencia de las mujeres en ámbitos de decisión política, tanto departamentales, como nacionales, fundamentalmente a partir de la década del noventa cuando se institucionaliza el movimiento de mujeres, con la agenda de Naciones Unidas como telón de fondo (Sapriza, 2014).

iii- Periodización de las políticas públicas, legislación, demandas de la sociedad civil y otros agentes tomando la palabra sobre la esfera íntima.

En este apartado realizamos un breve panorama del surgimiento y desarrollo de las políticas en salud sexual y salud reproductiva en Uruguay en las últimas décadas. Las políticas públicas pueden ser entendidas como “el conjunto de acciones que configuran una intervención sistemática por parte el Estado para atender el bienestar de la población” (Esquivel, Faur, Jelin, 2009: 18), proceso que incide en la construcción de un determinado perfil de la sociedad, incluyendo entre otras dimensiones un determinado enfoque de género. El análisis de las políticas públicas dialoga así con agendas morales y político partidarias, por lo que interesa pensar los debates sobre la esfera íntima, desde el espacio público, en tanto espacio discursivo "donde se ponen en cuestión las normas que permiten la convivencia humana, pero también los criterios mediante los cuales nos definen y nos autodefinimos (...) en el cual (...) es posible instalar asuntos que derivan de la experiencia, juicios singulares y particulares pero con pretensiones de validez universal" (Brown, 2009: 25).

A nivel internacional, el campo de las políticas de salud de los años '50 se caracteriza por la instalación de políticas materno-infantiles, basadas en el binomio madre-hijo como enfoque predominante en la provisión de servicios. Este paradigma que reificaba el rol de madre de las mujeres produjo dos tipos de consecuencias: por un lado, la invisibilización de la salud sexual de las mujeres, por otro lado, la invisibilización de los varones en su rol reproductivo. Posteriormente, la década de los '60 estuvo signada por la revolución anticonceptiva a partir de la generalización de las anticoncepción oral, al tiempo que el "feminismo de la segunda ola", levantaba

la bandera de "lo personal es político", cuestionando las divisiones entre esfera pública y privada (Sapriza, 2014). Los años '70 se va a caracterizar por la confluencia de dos vertientes: el paradigma sanitarista y el de los derechos de las mujeres promovido a partir de la incidencia de mujeres médicas. Al mismo tiempo, la discusión de las políticas de población se da en términos de políticas de desarrollo. Es en esta década que comienzan a implementarse los Programas de Planificación Familiar, de corte focalizados, dirigidos hacia los sectores de la población más vulnerables. En este escenario, confluirán diversos actores: demógrafos, sanitaristas, feministas (quienes denunciarán el control del cuerpo de las mujeres por parte de las políticas públicas). De la confluencia de los discursos sanitaristas y feministas aparece un nuevo paradigma en la década de los '80 que incluía las primeras definiciones de salud sexual y salud reproductiva⁵⁹. Es a partir de este paradigma que comienza a consolidarse a nivel internacional la idea de las mujeres como sujetos de derechos y ya no como objetos de políticas públicas, idea que tensará las relaciones en el marco de la atención sanitaria⁶⁰.

En el contexto internacional, el Estado uruguayo, muestra interés por la salud sexual y reproductiva en forma tardía (López Gómez y Rostagnol, 1998: 317). Un antecedente lo constituye la fundación de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF-IPPF) en el año 1963 por iniciativa del Profesor Dr. Hermógenes Alvarez (Facultad de Medicina, Hospital Pereira Rossell), que supone la promoción de la anticoncepción dirigida a las mujeres usuarias de salud pública.

El período de la dictadura cívico-militar (1973-1985) puede ser considerado un paréntesis en la periodización de políticas públicas en torno a salud. Así, encontramos cierto consenso en la bibliografía académica en que es a partir de la recuperación democrática que el país retoma el debate social y parlamentario en

59 De acuerdo a Correa y Petchesky, el término "derechos reproductivos" es introducido en la década de los '80 por la feminista Marge Berer (Johnson, ed alter, 2011: 15).

60 Esta síntesis del campo de las políticas de salud a nivel internacional, retoma algunos hitos de la periodización presentada por Alejandra López Gómez en el Seminario "Atención integral de la salud sexual y reproductiva: desafíos para los servicios de salud" (MYSU, RAP-ASSE, octubre 2012) en el que participé en el marco del trabajo de campo para esta investigación.

torno a los derechos del cuerpo, particularmente en relación a la despenalización del aborto voluntario⁶¹. Al mismo tiempo, se han identificado dos paradigmas predominantes en el campo de las políticas públicas en salud en Uruguay en las últimas décadas. Por un lado, el *paradigma del enfoque materno-infantil* y por otro, el *paradigma de los derechos sexuales y reproductivos* que cobró protagonismo en la escena local recién en 1996, luego de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en septiembre de 1994, en el proceso de las conferencias internacionales que tuvieron lugar en las décadas de los '70, '80 y '90⁶² (Johnson, ed alter, 2011; López ed alter, 2009).

Dicho consenso encierra entonces -por lo menos- tres elementos claves para comprender los debates en torno a la esfera íntima post dictadura: a) un silenciamiento de los debates en torno a los derechos del cuerpo durante el período de la dictadura cívico-militar (1973-1985); b) la recuperación de esos debates desde los movimientos sociales y a nivel parlamentario a partir de la transición democrática con énfasis en la problemática del aborto voluntario y c) el paradigma de los derechos sexuales y reproductivos como argumento esgrimido por los movimientos sociales, en debates parlamentarios y como fundamento de las políticas públicas en salud, emergiendo a fines de los años noventa.

El claro silenciamiento de las luchas populares por los derechos del cuerpo que produjo la dictadura cívico militar⁶³, no impidió que Uruguay como Estado participara

61 En el año 1985 se elabora el primer proyecto de ley para la despenalización del aborto.

62 Como antecedentes específicos de la CIPD pueden enumerarse "la Conferencia Mundial de Población de Bucarest (1974) y la Conferencia Internacional de Población de México (1984). Pero hubo otras importantes a registrar en ese período, cuyos resultados contribuyeron significativamente a la CIPD, entre otras: la Conferencia Internacional para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (Nairobi, 1985); La Cumbre Mundial a favor de la Infancia (Nueva York, 1990); la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992); la Conferencia Mundial sobre Nutrición (Roma, 1992) y la Conferencia Internacional de Derechos Humanos (Viena, 1993)" (López Gómez ed alter, 2009).

63 La dictadura cívico militar implicó una ola reaccionaria en términos sociales e ideológicos: entre 1972 y 1984 aproximadamente 60.000 uruguayos fueron detenidos, secuestrados, torturados por la justicia militar; 6.000 personas fueron hechos prisioneros políticos y más de 200 personas desaparecieron (Sapriza, 2011a).

de los debates internacionales sobre población, generando una paradoja en el campo de los derechos ciudadanos.

El 23 de Julio de 1974 aparece en el Diario de Sesiones del Consejo de Estado⁶⁴ como Punto 9 del Orden del día, la "Exposición de la Consejera Freire de Addiego sobre su asistencia a la Conferencia Mundial sobre Población", que se celebraría en Bucarest (Rumania) en agosto de ese mismo año; tercera conferencia de población y primera de naturaleza intergubernamental, con participación de ciento treinta y cinco países. El Plan de Acción Mundial sobre Población resultante de la Conferencia, señala, entre otros principios, que "la meta esencial es el desarrollo social, económico y cultural de los países, que los fenómenos demográficos y el desarrollo son interdependientes, y que los objetivos y políticas demográficas son parte integrante (elementos constitutivos) de las políticas de desarrollo social y económico"(Naciones Unidas, s/d). De este Plan de Acción derivarán políticas de planificación familiar a nivel internacional.

Durante el primer semestre del año 1974 se discute un "Proyecto de Regulación de venta de Anticonceptivos (Impuesto a la venta)" volcándose argumentos que -irónicamente- podrían dialogar con argumentos propios de paradigmas recientes sobre derechos, salud reproductiva y sexual. Se trata de un Proyecto de Ley por el que se crea un impuesto a la venta de anticonceptivos y que se fundamenta en la necesidad de financiar los incipientes tratamientos de reproducción asistida que se estaban llevando a cabo en una clínica del Centro Hospitalario Pereira Rosell. El Proyecto es aprobado en la 56a sesión ordinaria del Consejo de Estado del 16 de Julio de 1974. Sin embargo, luego de un intenso debate, el punto es reconsiderado y pasa a estudio de la Comisión de Salud Pública integrada con miembros de la de Economía y Finanzas. De acuerdo a la revisión realizada del listado de "Proyectos de Ley aprobados por el Consejo de Estado y promulgados por el

64 A partir de la disolución del Parlamento en el año 1973, se crea el Consejo de Estado de la República Oriental del Uruguay, órgano de decisión del gobierno de facto, cuya actividad quedó registrada en su Diario de Sesiones.

Poder Ejecutivo", este Proyecto de Ley no fue aprobado en el período. Más allá de su concreción, interesa aquí destacar sus fundamentos.

En los argumentos esgrimidos por los consejeros impulsores del Proyecto, la noción de *esterilidad* dialogaba con la de *anticoncepción*, en tanto la "filosofía del proyecto" implicaba que las parejas que *no quieran* tener hijos pagaran los tratamientos de fertilidad de aquellas que *no puedan* tenerlos. En consonancia con los debates internacionales, como los que surgieron en la Conferencia de las Naciones Unidas, la planificación familiar era la meta.

Mientras tanto, los argumentos esgrimidos por quienes se opusieron a su aprobación se sustentaban en el "libre albedrío" de las parejas para definir reproducirse o no, en qué momento y cuándo. Al mismo tiempo, ilustra un contexto específico respecto de la disponibilidad de anticoncepción a nivel local:

...si bien existían otros aspectos objetables del proyecto, lo fundamental es que lo consideramos injusto porque sigue la política de tratar un tema perfectamente atendible, muy humano, que merece prioridad como es el de la esterilidad, castigando otros aspectos que también revisten las mismas características positivas que el anterior, o sea, el problema de los matrimonios que se ven agobiados por el exceso de hijos.

El proyecto también habla de gravar los anticonceptivos. La escala de estos es muy numerosa y compleja. Algunos no son solamente utilizados para prever la natalidad, como anticonceptivos, sino que también son usados desde el punto de vista médico.

Actualmente no existe el anti-conceptivo ideal, seguro, inocuo y barato. En general, la práctica del aborto, sobre la cual en nuestro país existe una experiencia médica considerable, y la esterilización del hombre y de la mujer, son los métodos en auge utilizados en los países que deben afrontar más resueltamente el problema.

Por otra parte, consideramos que el tema, encarado en la forma en que lo hace el proyecto, se empequeñece y se reduce a muy limitados aspectos. El verdadero problema es el de la Planificación Familiar.

Pues bien Sr. Presidente: al gravar los anticonceptivos, se está coartando la libertad de un sector de la población, que debe encarar el problema desde el punto de vista del exceso de hijos. Lo lógico sería que cada matrimonio tuviera el libre albedrío, para responder del número de hijos, determinar el número de

éstos sobre los cuales debe hacerse responsable en materia de crianza y de educación, y no decretar métodos que pueden ser gravosos para, precisamente, impedir que estos matrimonios puedan resolver tal problema (Diario de sesiones del Consejo de Estado, 1974).

El análisis de esta discusión en 1974 visibiliza algunos debates que, sin desconocer el terrorismo de Estado, permiten problematizar el modo en que la esfera íntima fue tratada en los espacios de poder de la época, en particular, entre los miembros del Consejo de Estado. Si bien requeriría mayor indagación, podemos plantear como hipótesis a desarrollar en futuros trabajos que el paradigma contemporáneo de los Derechos (derechos a la salud; derechos a la salud reproductiva; derechos a la salud sexual), invisibilizó la presencia de otros paradigmas presentes en los debates sobre el disciplinamiento *versus* autonomía de la esfera íntima durante la dictadura cívico-militar. Entre esos paradigmas podemos ubicar el citado argumento del consejero que involucra la autonomía en las decisiones reproductivas.

Lo que resulta una paradoja de la época pone por lo menos en cuestión la idea de que durante este período del país la lucha de sentidos sobre lo privado no es tematizada. De este modo, el estudio de las agendas morales sobre los derechos y decisiones individuales sobre el cuerpo debería integrar este período⁶⁵.

La Década de la Mujer se desarrolla entre los años 1975 y 1985 (en 1975 se celebra el Año Internacional de la Mujer, con la Conferencia intergubernamental de

65 Entre 1978 y 1979 se discute un Proyecto de Ley de legalización del aborto que sí es referenciado en la literatura (Rostagnol, 2011 y Sapriza, 2011). Cepeda (2008) analiza un proyecto en el mismo año para Argentina: Decreto 659/74 de Regulación de la comercialización, venta y distribución de los productos anticonceptivos, enmarcado en políticas de corte pronatalistas. Este decreto junto a otro del año 1977 (3938/77) es derogado en 1986. Sería interesante indagar en un análisis comparativo de ambos proyectos. También dialogar con los trabajos de Felitti quien analiza la regulación de la natalidad en Argentina entre 1960 y 1987, las primeras experiencias de planificación familiar y el impacto de la píldora anticonceptiva (en Morales Schmuker, 2013). Por último, la investigación de Sempol (2013) aporta elementos claves para el desarrollo de esta línea de análisis en Uruguay, en tanto visibiliza el autoritarismo moral (además del político) como mecanismo de control de los “disidentes” durante el período de la dictadura cívico militar, así como las dificultades que la izquierda tuvo en la transición democrática para trabajar en torno a las políticas del cuerpo y la sexualidad.

Naciones Unidas, en México)⁶⁶ colocando los derechos de las mujeres en un lugar central de los debates de población que serán retomados por las mujeres parlamentarias uruguayas recién al retorno de la democracia (Percovich, 2011)⁶⁷.

Durante la transición democrática en 1984, se crean las Mesas de Concertación Nacional Programática, incluyendo la Mesa "Mujer", que aprobó cinco documentos en temáticas propias de la "condición de la mujer" (Sapriza, 2011a: 81). En 1985, con la instalación del Parlamento democrático, Adela Reta, única ministra mujer en ese momento, crea en la órbita del Ministerio de Educación y Cultura la Secretaría de la Mujer. Posteriormente, durante el período 2000-2009, se constituye la Bancada de Legisladoras que fomentan la defensa de los derechos de las mujeres (Sociedad Estatal de Acción Cultural, 2011: 33).

Como se mencionó, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo 1994, es considerada un punto de inflexión por producir un cambio de paradigma y colocar a la salud sexual y a la salud reproductiva en el centro de discusión de las agendas de políticas de desarrollo. Como elemento clave para nuestra investigación la Plataforma de Acción de la Conferencia incorpora la necesidad de atender a los varones y la promoción de su salud⁶⁸.

El informe Plan de Acción de la Conferencia incluye como aspecto fundamental

66 Además, durante esa década, en diciembre de 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).

67 En este sentido es que Jelin (1994) ha planteado que el movimiento de mujeres -en Argentina pero podemos hacerlo extensivo a Uruguay- "llega tarde" a la lucha de las mujeres en América Latina.

68 Arilha (en Güida 2003) analiza el enfoque que implica esta llamado a la "responsabilidad masculina" (que tendría consecuencias positivas sobre la salud reproductiva de las mujeres), y plantea que en el texto ser joven y ser varón, equivale a ser irresponsable, en una perspectiva esencialista que en simultáneo presenta a las mujeres como sobrecargadas en el campo de la reproducción. Más allá de la constatación empírica de la ausencia de los varones en la anticoncepción y las desigualdades que conlleva, la autora llama la atención a la forma en que el texto de El Cairo contribuye a cristalizar los estereotipos sobre varones y mujeres en este terreno, en vez de promover cambios sociales.

mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y a la salud reproductiva y la comprensión de sus responsabilidades conjuntas, de forma que unos y otras colaboren por igual en la vida pública y en la privada. (...) El objetivo es promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria, y alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar. (UNFPA, 2004)

Incluso se incorporó la necesidad de dar prioridad al desarrollo de nuevos métodos de regulación de la fecundidad para varones y a la realización de investigaciones sobre la sexualidad masculina, la virilidad y el comportamiento reproductivo de los varones .

López Gómez, ed alter (2009) proponen una periodización de las políticas públicas en salud para Uruguay tomando como referencia la realización de la CIPD y los sucesivos compromisos asumidos por el Estado uruguayo⁶⁹ que a partir de El Cairo, comienza a diseñar e implementar políticas específicas e integrales con el seguimiento de la sociedad civil organizada y de la Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Uruguay (UNFPA). Los períodos identificados por las autoras son tres y abarcan quince años de políticas en salud desde la realización de la Conferencia y tomando como ejes las instancias de su ratificación: 1995 a 1999 (CIPD a CIPD+5); 2000 a 2004 (CIPD+5 a CIPD+10) y el período 2005–2009 (CIPD +10 a CIPD +15). Destacamos algunos hitos en términos de salud sexual y reproductiva identificados por las autoras en la implementación de la CIPD para cada período, haciendo énfasis en las acciones realizadas desde el gobierno.

69 Los 179 países que participaron de la Conferencia aprobaron un Programa de Acción (PA), con cometidos a veinte años, incluyendo recomendaciones organizadas en quince capítulos con diversas temáticas prioritarias. Uruguay aprueba el Plan de Acción de la CIPD sin reservas. "Todo el proceso de búsqueda de consensos para la definición del PA en CIPD, para avanzar en la implementación mediante las medidas clave (1999, CIPD+5) y para reafirmar el compromiso de los países con los acuerdos alcanzados (2004, CIPD+10) puede definirse como un ejemplo de articulación de actores gubernamentales, no gubernamentales y agencias de cooperación para consolidar los vínculos entre población y desarrollo desde un paradigma de derechos humanos, equidad, género y sostenibilidad" (López, ed alter, 2009: 9 y 10).

Período: 1994 CIPD a 1999 CIPD+5: Previamente a este período el enfoque predominante en el Estado uruguayo había ligado salud reproductiva a planificación familiar y de acuerdo a la baja tasa de fecundidad de Uruguay, se había invisibilizado la salud reproductiva como problema social. Así el acceso a métodos anticonceptivos se realizaba en el mercado y a través de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar mencionada. Durante este período, fundamentalmente a partir de 1996 comienzan a implementarse programas en salud sexual y reproductiva en el sector sanitario público y a nivel departamental en la Intendencia de Montevideo. Asimismo, se incorpora la anticoncepción en las prestaciones de servicios públicos de salud.

El primer programa a nivel gubernamental nacional (aunque con mayor desarrollo en Montevideo) surgió en octubre de 1996 y se denominó: *Incorporación de un programa de salud reproductiva en el área materno-infantil con énfasis en la población de necesidades básicas insatisfechas. Maternidad-paternidad elegida* desarrollándose en la órbita del Ministerio de Salud Pública. La meta propuesta "era contribuir a mejorar las capacidades de las personas para ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas y disminuir las situaciones de riesgo, de mortalidad infantil, embarazos no deseados y abortos", incorporándose por primera vez una canasta de métodos anticonceptivos en servicios públicos de salud, sin costo de bolsillo para las usuarias/os. Mientras tanto, a nivel gubernamental en Montevideo, a partir de 1996 comienza a implementarse el *Programa de Atención Integral a la Mujer* (PAIM). El Programa estaba compuesto por tres sub-programas específicos: Maternidad Informada y Voluntaria, Prevención de Cáncer Genito-Mamario y Atención Integral al Embarazo y Puerperio, siendo pionero en el país por la integralidad de su abordaje y por capacitar a los recursos humanos y Comisiones de apoyo con participación de vecinas y vecinos de los barrios de las policlínicas (López Gómez, ed alter, 2009: 21 y 22).

El primer programa mencionado es ejemplo del enfoque materno-infantil que fortaleció la asociación del tema salud y, particularmente, la salud sexual y salud reproductiva a las mujeres, dejando fuera a los varones, costumbre vinculada al "rol

de servicio” asignado socialmente a las mujeres⁷⁰. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por romper con esta asociación desde algunos programas de salud como el PAIM, se constató que aunque la invitación a la participación sea abierta, finalmente se convierten en espacios mayoritariamente, o exclusivamente femeninos (López y Rostagnol, 1998: 325; López y Rostagnol, 1999).

En el año 1999, la Comisión Nacional de Seguimiento a los Compromisos de Beijing⁷¹ en su programa de Monitoreo de Políticas Públicas, evaluó la voluntad política estatal en el área de salud sexual y reproductiva como insuficiente, en relación a recursos y sobre todo, a la ampliación de los programas en el interior del país. Asimismo, destacó la inexistencia de información estadística acerca de distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva (Celiberti y Gobbi, 1999: 12).

Período: 1999 CIPD+5 a 2004 CIPD+10: En este período se amplía la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva a nivel público. Culmina la ejecución del Programa Maternidad y Paternidad Elegida y en Montevideo se inicia en 2001 el desarrollo de una nueva línea programática en el primer nivel de atención, el *Programa de Salud Integral de la Mujer* (SIM) incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos de manera gratuita. La creación del SIM "señaló una tendencia al fortalecimiento del primer nivel de atención, a la ampliación de la cobertura de los servicios del Ministerio de Salud Pública y el inicio de un camino en el cambio del modelo de atención. Ello se reflejó, por un lado, en una actitud diferente del Estado respecto a las políticas en salud sexual y reproductiva, expresada por la inclusión de nuevos servicios a la cartera de prestaciones y, por otro lado, en la tendencia a la

70 Ejemplo de la fuerza que tiene aún este modelo en la actualidad es el Hospital Pereira Rossell (que desde el año 2006 lleva el nombre de la primera mujer médica del país, Doctora Paulina Luisi): "Hoy como ayer, el Hospital tiene como población objetivo de atención actores sociales de gran vulnerabilidad, como lo son los niños y las mujeres, y dentro de estos grupos, los sectores de menores recursos. Es así que el Hospital tiene un carácter eminentemente social, cumpliendo un rol central dentro del Sistema de Salud Pública". (Hospital Pereira Rosell, sitio institucional)

71 La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), tuvo el valor de reconocer los derechos sexuales de las mujeres, además de los derechos reproductivos ya reconocidos en la CIPD. Uruguay acordó sin reservas la Plataforma de Acción de Beijing y reafirmó los compromisos que el Estado uruguayo había asumido en la CIPD (López Gómez, ed alter, 2009: 13).

descentralización, con transferencia de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención a los efectores del primer nivel" (López Gómez, ed alter, 2009: 24).

En este período además se incluye la Anticoncepción de Emergencia entre las prestaciones y se amplía la anticoncepción hacia los servicios públicos del país. La Guía de Servicios Públicos en Salud Sexual y Reproductiva elaborada por la ONG Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) en base a información brindada por el Ministerio de Salud Pública (Área Mujer y Niñez y SSAE) y la Intendencia Municipal de Montevideo (Comisión de la Mujer) en el año 2002 relevó alrededor de 60 puestos de salud con servicios de planificación familiar en todo el país (MYSU, 2002).

Al mismo tiempo, se amplían las normativas específicas: se aprueba y desarrolla en 2001 el "I Plan Departamental Igualdad de Oportunidades y Derechos" y se aprueba la Ordenanza Ministerial Nro.369/2004 de atención pre y post aborto como respuesta al registro de la alta tasa de muerte de mujeres por causa de abortos provocados en condiciones de riesgo. Por último, para este período cabe destacar la instalación en el año 2004 en la órbita del Ministerio de Salud Pública, de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva con carácter intersectorial e interinstitucional, con la participación de representantes de organismos gubernamentales, ONG y academia. Dicha Comisión elaboró las Normas en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Anticoncepción (Métodos reversibles) y su labor puede entenderse como el "primer mecanismo institucionalizado de diálogo Estado-sociedad civil para el monitoreo de las políticas nacionales en la materia" (López Gómez, ed alter, 2009: 25).

Período: 2004 CIPD+10 a 2009 CIPD+15: Este período coincide con la asunción del primer gobierno progresista en la historia del país y el desarrollo a nivel nacional de líneas programáticas que hasta el momento se habían desarrollado a escala departamental desde la Intendencia de Montevideo. Se crea en 2005 el "Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género" del Ministerio de Salud Pública, con un área específica en salud sexual y reproductiva. Dicho programa supuso un

avance sustancial formulándose sobre la base de seis áreas: salud sexual y reproductiva, salud mental, violencia de género, condición del varón, cáncer en la mujer, asesoría en investigación y gestión continua. En cuanto al área de salud sexual y reproductiva, se señalan como objetivos principales:

crear las condiciones propicias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para afirmarlos y garantizar el acceso universal a la atención a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual. (...) Esto contiene la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la promoción de la salud y del bienestar de los adolescentes y de ciudadanos/as de todas las etapas y circunstancias de su vida” (en López Gómez, ed alter, 2009: 27)

Por otra parte, más allá de otros mecanismos previos, en este período se crea el Instituto Nacional de las Mujeres en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Se aprueba y comienza a implementarse el "I Plan Nacional Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIOD)"⁷², al tiempo que se implementa el Primer PIOD en el Departamento de Canelones y el Segundo PIOD en Montevideo. Se aprueba en 2008 la Ley 18.426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva⁷³; comienza la Reforma del sector salud implementándose el Sistema Nacional Integrado de Salud y se instala el Programa de Educación Sexual en el sistema de educación pública⁷⁴. El Programa Nacional de Salud en Adolescentes junto al Programa Infamilia (MIDES), han

72 Su aprobación en el año 2007 a través de la Ley Nº 18.104 de «Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y la mujeres en la República» representa un avance significativo al fijarse objetivos que trascienden la asociación de "la desigualdad de género exclusivamente a la atención de situaciones de vulnerabilidad" (López Gómez, ed alter, 2009: 39).

73 Sin incluir los capítulos de la Ley que despenalizaban el aborto y que habían sido aprobados en el Parlamento, debido al veto del Poder Ejecutivo (interpuesto por el Presidente de la República con la firma de la Ministra de Salud Pública).

74 Si bien pueden rastrearse iniciativas previas desde el año 1989, un programa de Educación Sexual comienza implementarse en Uruguay recién en el año 2006 en el marco del primer gobierno progresista y a partir de la necesidad de incorporar "la educación sexual en el proceso educativo integral de las y los alumnos, basado en un contexto de Desarrollo, Salud y Derechos que potencie la construcción de ciudadanía". La propuesta elaborada por la Comisión creada para dicho fin, fue aprobada por el CODICEN en noviembre del 2006 momento en que se pone en marcha el "Programa Nacional de Educación Sexual, con el que comenzó a hacerse efectiva la incorporación de la temática al proceso educativo en todos los niveles de la educación formal". (ANEP, Programa de Educación Sexual, sitio institucional)

implementado algunas acciones relevantes como la creación de Espacios adolescentes a nivel nacional, capacitación del personal técnico de los servicios públicos y de jóvenes mujeres y varones como promotores juveniles (López Gómez ed alter, 2009: 29). Por último, se avanza en la aprobación de leyes y normativas con enfoque de equidad de género⁷⁵ y se conforman las Comisiones de Población y Desarrollo en el Parlamento siguiendo los cometidos de la CIPD. En este sentido, los Informes Estado presentados por las distintas delegaciones oficiales de Uruguay en las Conferencias CIPD resultan interesantes para analizar los debates de la época sobre la esfera íntima y el proceso de incorporación de la agenda internacional y los compromisos asumidos, diálogo no exento de contradicciones (Ver Anexo 1).

Como queda expresado en la periodización de las políticas en salud sexual y salud reproductiva en Uruguay, en sintonía con los debates internacionales, se dio un doble movimiento: a) los enfoques “materno- infantiles” que priorizaron el binomio madre-hijo fueron abriendo paso a enfoques de la “salud reproductiva” (y con más timidez, de la salud sexual) de las personas y b) los enfoques focalizados que tomaron como destinatarias de las políticas a las familias (heterosexuales y de sectores populares) fueron abriendo paso a enfoques universales centrados en los derechos sexuales y reproductivos de los sujetos, primero, de las mujeres y luego, de los varones.

Volviendo a nuestra tríada de análisis *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*, vale la pena incorporar a esta periodización de los años post dictadura cívico-militar, las voces de los varones organizados en torno a la propuesta del “Movimiento de Liberación Masculina” (M.L.M) en la década de los '80. En el documento “La condición masculina. Un nuevo enfoque de la opresión sexual”

75 El 8 de marzo del año 2000 se conformó la Bancada Femenina en la Cámara de Diputados, integrada por legisladoras de todos los partidos políticos con representación parlamentaria, con el cometido de estudiar e informar sobre los proyectos de ley presentados que tuvieran que ver con temas de género, previo a su discusión en cámara realizando rendiciones de cuentas anualmente (López Gómez, ed alter, 2009: 36).

(Gomensoro, 1987)⁷⁶ se propone la formación de un “Movimiento de Liberación Masculina”. Este “manifiesto” plantea en su primera página:

Sabemos que una tal propuesta va a resultar, para una inmensa mayoría, inusitada e insólita.

En efecto: en contraposición con la naturalidad con que se admite que se haya organizado y que se promoció un movimiento de liberación femenina, cuya acción ha puesto el tema de “La condición de la Mujer” en la agenda de las preocupaciones mundiales, casi seguramente resultará extraño (y quizá ridículo) que se intente promover un “movimiento de liberación masculina”.

Es de esperar, pues, que las preguntas broten casi automáticamente: ¿Liberación masculina? ¿Por qué? ¿De qué? ¿Para qué?

Son preguntas cargadas de espontáneo rechazo. La primera y más obvia objeción surge de la evidencia, casi unánime, de que **lo que justifica que las mujeres se movilizan radica en su condición de oprimidas**⁷⁷.

Se razona por generalización: todos los movimientos de liberación surgen como expresión de la rebeldía ante situaciones económicas, sociales, políticas o religiosas que se viven como oprobiosas, como opresivas. La pregunta surge, pues, naturalmente: ¿quién oprime a los hombres? ¿De qué se pueden quejar los hombres? ¿De qué tendrían que liberarse los hombres si son ellos los que se han constituido, a lo largo de la historia, en los amos indiscutidos? ¿No vivimos en una sociedad signada por el machismo y el patriarcalismo casi universales? (Gomensoro, 1987)

Desde estos interrogantes como punto de partida, el documento desarrolla un interesante hilo argumental, discutiendo algunas tensiones claves: libertad *versus* opresión; las relaciones del poder; las estrategias de los esclavos y la relación con sus amos; los mecanismos autodefensivos y bajo el lema “*Perder una sirvienta, ganar una compañera*”, culmina invitando a quienes hayan tomado conciencia a emprender acciones concretas, la primera, organizarse como grupo estructurado que reflexione colectivamente sobre cómo vivir de aquí en adelante.

Este movimiento, dinamizado por Arnaldo Gomensoro e integrado por varones profesionales de clase media, impulsó tanto líneas de investigación como advocacy en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos. El Movimiento fue entendido por sus integrantes y se constituyó como grupo de reflexión:

76 Mimeo, proporcionado por Arnaldo Gomensoro y Elvira Lutz en comunicación personal para esta investigación.

77 Negritas del autor.

Nuestra inquietud por abordar la problemática de los varones en su relación con los derechos sexuales y reproductivos nace en 1987, momento en que decidimos constituir el “Grupo de Reflexión sobre la Condición Masculina”. Ese Grupo realiza, a lo largo de cuatro años, publicaciones, encuentros, talleres y participa activamente en seminarios y congresos nacionales e internacionales. Recién en 1992, el Grupo logra estructurarse y comienza la etapa de mayor visibilidad al ser invitado por los medios de comunicación (radio, prensa, televisión) a propósito de la ola de violencia contra la mujer que estalla en esos momentos. Durante el año 1993, se procura darle al Grupo un carácter más orgánico y surge así el Grupo ETHOS, que aborda específicamente tareas de orientación psicológica y sexual con hombres y mujeres que viven conflictivamente las contradicciones de género a nivel personal o familiar. (Gomensoro, ed alter, 1998: 13)

Como ejemplo del impacto de sus acciones a principios del año 1994 el Grupo (ahora “Ethos” e integrado también por mujeres) pone en marcha la iniciativa de realizar una “Encuesta de opiniones y actitudes de los varones con respecto a los derechos sexuales y reproductivos de los hombres y de las mujeres”, desarrollando la investigación entre agosto de 1995 y agosto de 1996. A partir de este proyecto “el Grupo decide intentar convertir los resultados de la misma en un buen recurso para ser utilizado como un instrumento 'estratégico' de movilización de los varones. Se decide, entonces, publicar las conclusiones de la encuesta en forma de libro agregándoles una evaluación y comentarios críticos sobre los resultados obtenidos. El libro se presenta en el mes de diciembre de 1995, en el Instituto Nacional del Libro, con el título 'La nueva condición del varón: ¿renacimiento o reciclaje?’” (Gomensoro, ed alter, 1998: 13).

Para cerrar este apartado entonces, es preciso dejar planteada la pertinencia de profundizar el análisis⁷⁸ sobre este Movimiento de Liberación Masculina en la década de los 80 en Uruguay, fundamentándola por lo menos, en tres aspectos significativos para esta investigación. En términos de *decisiones reproductivas* varios de ellos optaron por la vasectomía como método anticonceptivo definitivo, en un contexto donde las políticas públicas no propiciaban los métodos anticonceptivos con control masculino e incluso invisibilizaron los métodos quirúrgicos. En términos de *políticas*

78 En Guida (2006) aparece una referencia a este grupo de varones.

públicas, algunos de los varones que integraron el Movimiento, posteriormente asumieron roles como tomadores de decisión en ámbitos institucionales vinculados a la salud, impulsando enfoques relacionales y desde las masculinidades. En términos de *movimiento social*, profundizar en estas voces masculinas no hegemónicas (y sus producciones), puede enriquecer el análisis del campo de la salud reproductiva y de la lucha por los derechos del cuerpo en Uruguay.

iv- Prácticas anticonceptivas de la población uruguaya.

En Uruguay es escaso el conocimiento que se tiene de las prácticas anticonceptivas de la población.

En el Censo del año 1975 se incluyen preguntas específicas y en 1985 la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud Pública realizan una encuesta sobre fecundidad. Sin embargo, el país no ha acompañado los emprendimientos internacionales de indagación sobre comportamiento reproductivo, tales como la Encuesta Mundial de Fecundidad, las Encuestas de Prevalencia de Uso de anticonceptivos y las Encuestas de Demografía y Salud (López Gómez y Rostagnol, 1998: 317). La información con la que se cuenta es fragmentada, surge de encuestas que al no ser periódicas y presentar diseños metodológicos diversos impiden elaborar series para trazar comportamientos a lo largo de un período de tiempo (Rostagnol, 2012: 201-202).

De la información disponible sobre el alcance del uso de anticonceptivos en Uruguay, se destacan dos encuestas, una nacional realizada en el año 1986, la otra realizada en Montevideo en el año 1989. En ambas es alta la declaración de las mujeres de haber utilizado alguna vez métodos anticonceptivos.

En la Encuesta de Fecundidad de 1986 todas las mujeres de entre 15 a 49 años entrevistadas declararon conocer algún método anticonceptivo y al momento del estudio, el 89% de las mujeres los habían utilizado alguna vez. Entre los métodos utilizados por estas mujeres se mencionan: anticoncepción oral (74,5%); preservativo

(33,8%); coito interrumpido (15,1%) y abstinencia total con fines de anticoncepción (1,6%). Respecto a los métodos definitivos, la esterilización masculina aparece en un 0,1%, mientras que la esterilización femenina en un 4,8% (Pellegrino, 1998; Paredes, 2003). Entre las 4.361 mujeres encuestadas y que declararon el tipo de método utilizado, solamente una de ellas afirmó estar empleando la vasectomía de su pareja efectuada con fines anticonceptivos, lo que permite observar que los costos de la anticoncepción son mayormente asumidos por las mujeres (Paredes, 2003: 134).

En el año 2001 el Centro Latinoamericano Salud y Mujer realizó un estudio (citado en Rostagnol, 2012), que -coincidentalmente con la Encuesta de Fecundidad- ubica en poco más de 80% el porcentaje de mujeres que declaran haber usado anticonceptivos alguna vez. La distribución por métodos coloca a la anticoncepción oral como la más utilizada (54%), seguida por el uso del preservativo (30%), especialmente entre la población más joven.

A fines del año 2004, casi dos décadas después de realizarse la Encuesta de Fecundidad, se realiza la Encuesta Nacional sobre “Reproducción biológica y social de la población uruguaya” del Proyecto Género y Generaciones de UNFPA, abarcando un total de 6.500 personas residentes en localidades urbanas de 5.000 y más habitantes. Entre los hombres y mujeres de entre 15 y 59 años de edad relevados y que estaban en pareja al momento de la encuesta, 77% había utilizado algún método anticonceptivo en su última relación sexual. Si observamos este dato de acuerdo a niveles socioeconómicos, el 85% de la población en pareja del estrato alto y el 72% del bajo usó algún método anticonceptivo en su última relación sexual para evitar un posible embarazo. Entre los métodos anticonceptivos, los más utilizados fueron: preservativo (40%), anticoncepción oral (31%) y Dispositivo Intrauterino (16%) (UNFPA, 2005).

Centrándonos en la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción*, la encuesta realizada por Gomensoro, ed alter (1998) arrojó información cuantitativa muy valiosa relevando información de 300 varones uruguayos⁷⁹. A estos varones, se

79 De acuerdo a la metodología de trabajo, los 300 varones entrevistados por Gomensoro, ed alter, no constituyen una muestra representativa de la población masculina uruguaya o montevideana; los

les consultó entre otros temas, su opinión acerca de uso de métodos anticonceptivos. Respecto de la decisión de qué métodos anticonceptivos se van a preferir, cuando se trata de parejas estables, un 56% afirmó que la decisión ha sido y es compartida; un 14% acepta que la que decide es la mujer. Sólo un 8% afirmó que, aún en pareja estable, el que ha decidido es el varón. En cambio, el varón decide en un 14,8% cuando se trata de parejas ocasionales. Entre los métodos anticonceptivos utilizados, el preservativo aparece como el de mayor aceptación (frente a los anticonceptivos orales y el dispositivo intrauterino), lo que se entiende por su carácter profiláctico. En cuanto a métodos anticonceptivos no reversibles (ligadura de trompas y vasectomía) la gran mayoría de opiniones y actitudes fueron de franca oposición y de rechazo casi visceral. Respecto a la vasectomía, un 81,8% de los varones encuestados la rechazaba absolutamente, mientras que la aceptaban como posibilidad sólo un pequeño 5,7%. Las principales razones que invocaban fueron las siguientes: rechazo del daño físico que suponen ambas intervenciones (11,7%); rechazo por el daño psicológico (2,7%); reservas por convicciones éticas o religiosas (9,8%); inaceptabilidad por su carácter de irreversibles (37,9%).

El estudio cuantitativo de alcance nacional sobre "Demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos" realizado en 2012 por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva (MYSU, 2013) aporta información sobre prácticas de varones de entre 15 y 49 años de edad del país urbano y suburbano⁸⁰. El 78% de los varones encuestados utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual y el 81% lo hizo en la última. El método

autores refieren a una "muestra testimonial". Se trata de una muestra joven, donde los menores de 35 años alcanzan al 64,1% y los menores de 45 alcanzan el 84,9%. Presentan un alto nivel de instrucción: los que han accedido a la secundaria llegan al 27,8% de la muestra y los que han ingresado al nivel terciario alcanzan a un 46% con un 28% de enseñanza terciaria completa. La mayor proporción de encuestados pertenecen a las ocupaciones de obreros o empleados (56,9%), siguiendo los estudiantes con 14,1%. Priman, claramente, los varones casados o unidos (juntos llegan al 52,1%), aunque el número de solteros es también altamente significativo (38%). Un 35,9% pertenece a confesiones religiosas cristianas y que un 30,9% se definen como católicos (Gomensoro ed alter, 1998: 68-71).

80 Se realizó un estudio cuantitativo representativo a nivel nacional, basado en una encuesta de hogares. Se encuestó un total de 1128 varones mediante una muestra probabilística (MYSU, 2013).

utilizado en la última relación sexual fue en la mayoría de los casos el preservativo masculino, método preferido por los varones más jóvenes, solteros o divorciados. Por otra parte "en el caso de los varones de mayor edad y los casados o con pareja conviviente, la responsabilidad de uso del método anticonceptivo recae mayoritariamente en la mujer". Al ser consultados sobre los métodos anticonceptivos conocidos, 9 de cada 10 varones declararon conocer por lo menos dos métodos: preservativo masculino y anticoncepción oral. Sin embargo, la vasectomía presenta porcentajes muy bajos, siendo referida como método espontáneamente, solamente por el 17% de los varones (MYSU, 2013: 3 y 4).

Por otra parte, en una investigación sobre prácticas y significados en torno a salud reproductiva en una población del medio rural (Grabino, 2007), se dio cuenta de las resistencias a la medicalización del cuerpo masculino (por ejemplo, a través de la realización de estudios de fertilidad) y en particular, al uso de métodos anticonceptivos. De acuerdo a un cuestionario aplicado a la población de dicho contexto⁸¹, el 44% de las mujeres y varones encuestados afirmaron que el método anticonceptivo más seguro –entre los que conocían- es la anticoncepción oral; mientras que en el otro extremo, el 5% afirmó que lo es la vasectomía. Si pensamos a quién refiere cada método, estas percepciones, pueden estar reforzando el desigual involucramiento y la consiguiente carga corporal que sobre la mujer tiene la anticoncepción en las parejas. Se preguntó también sobre quién debería encargarse de las decisiones anticonceptivas: el 68% afirmó que deben decidir ambos en la pareja; el 15% que debe hacerlo la mujer y el 2% que debe decidir el hombre, siendo equilibrada la distribución por sexo en cuanto a estos porcentajes de respuestas. Estas respuestas -sin posibilidad de ser comparadas por sus características metodológicas- irían en el mismo sentido que las opiniones recogidas en el estudio de Gomensoro, ed alter (1998) en tanto se privilegia la toma de decisiones anticonceptivas en pareja y

81 La población fue estratificada por sexo y edad, a partir de un *muestreo aleatorio simple, proporcional*. El universo estuvo definido por la residencia en la Colonia en estudio. Finalmente, se encuestaron un total de 66 personas de un total de 136 personas, todas residentes en la Colonia y mayores de 14 años.

en menor medida, se reconoce la anticoncepción como un espacio de decisión de las mujeres, quedando planteada el interrogante sobre si estos datos nos hablan de relaciones más equitativas, con mayor autonomía de los sujetos en la toma de decisiones o bien, de la asignación de espacios -jerárquicos- de género⁸².

82 En sentido operativo, la autonomía puede ser entendida como “la toma de decisiones en base a las propias convicciones sin mantener lazos de dependencia de personas o instituciones”, mientras que la heteronomía supone que “la fuente de la autoridad para decidir está ubicada fuera” (Sanseviero, 2003: 139)

Capítulo IV. Producciones discursivas en torno a varones, salud reproductiva y vasectomía.

i- Antecedentes y contexto de promulgación de la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”.

“(...) primero, la creación de los servicios de salud sexual y reproductiva. Segundo la interrelación con la educación. Tercero, la inclusión de los adolescentes. Con esas tres líneas te alcanza para decir que es una ley de avanzada” (Representante ministerial).

Con la asunción del primer gobierno progresista en Uruguay (período 2005-2009), el Ministerio de Salud Pública comienza a desarrollar líneas de acción en el área de varones y salud sexual y salud reproductiva a nivel nacional, impulsando investigaciones y la inclusión de una perspectiva de género relacional en folletería y material de difusión, fundamentalmente desde el “Programa Nacional de Mujer y Género”.

Entre los materiales disponibles, las “Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles)”⁸³ publicadas en 2007, aun cuando se dirigen fundamentalmente a la atención de la usuaria, contienen un capítulo denominado “Inclusión de los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva”. En dicho capítulo, se describen tres estrategias para integrar a los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva, enfatizando las acciones en el primer nivel de atención: “1- participación de los varones en la consulta de la pareja por anticoncepción, control de embarazo, puerperio y otras consultas ginecológicas; 2- participación de los varones en el proceso de parto, parto y puerperio inmediato; 3- creación de policlínicas para la atención de la salud sexual y reproductiva de los varones”. En cuanto a esta última, se propone capacitar al personal de salud para la

83 En el período de gobierno 2005-2009 desde el Ministerio de Salud Pública se crearon además las *Normas de Anticoncepción, Cap. Métodos irreversibles* donde se incluye la vasectomía pero no se encuentran disponibles.

atención específica de los varones adultos y organizar un sistema de referencia-contrarreferencia con servicios de los diferentes niveles de atención. Se propone una modalidad de policlínica, que integre prestaciones en relación a los siguientes motivos de consulta: infertilidad; patologías urológicas; disfunciones sexuales; trastornos de la sexualidad, orientación en sexualidad, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y anticoncepción.

A pesar de las iniciativas y discursos que comienzan a emerger en este período en el país, los temas abordados no contribuyeron suficientemente a desnaturalizar la díada mujer-control reproductivo, nodal en las políticas públicas en la materia hasta el momento como quedó expresado en el capítulo anterior. Hasta fines del año 2010 no existía en Uruguay oferta de servicios especializados en salud sexual y salud reproductiva dirigidos a varones, y menos aún servicios de esterilización masculina, fuera de la órbita privada (Güida, 2006; Güida, 2003). Por otra parte, la atención de los varones adultos se concentraba en la especialidad urología.

Un punto de inflexión lo va a constituir la aprobación de la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” en diciembre de 2008, y la aplicación del Decreto 293/010 que reglamenta dicha ley, en setiembre del 2010. Hacia fines de ese año entonces, se abre un nuevo proceso y comienzan a circular discursos “novedosos” en el campo del control de la fecundidad, pero que al mismo tiempo entran en tensión con “viejas” prácticas y representaciones.

La Ley incorpora la necesidad de garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables así como la inclusión del varón en el sistema de salud. Se establece incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente. Particularmente, el decreto que reglamenta la Ley N° 18.426, coloca un nuevo contexto de análisis, en tanto promueve la creación de servicios de atención integrales sobre la temática, incluyendo incluso, la realización de la vasectomía dentro de la “canasta básica” de métodos anticonceptivos que las instituciones de salud mutual deben ofrecer. Por los derechos que garantiza de forma integral, algunos actores

institucionales entrevistados, han definido la Ley Nro. 18.426 como "*de avanzada*" para la región, al igual que en su momento fuera interpretada la legislación batllista.

Sin embargo, es preciso contextualizar los derechos que legitima dicha ley, en el escenario político de su promulgación.

Los debates sobre anticoncepción y decisiones reproductivas en Uruguay, se vinculan estrechamente a los debates sobre la práctica del aborto, que -como dimos cuenta en el capítulo previo- a pesar de su penalización, constituyó históricamente una práctica anticonceptiva extendida en el país, posibilitando el control temprano de la fecundidad. Por otra parte, en un escenario de tradición laica pero aún con fuerte presencia del catolicismo⁸⁴, el aborto voluntario ha constituido el *locus* de las resistencias y consecuentes luchas por el control del cuerpo de las mujeres, espacio privilegiado para la denuncia de una doble moral social que históricamente, al decir de Sanseviero (2003), colocó a la práctica en un juego entre la condena, tolerancia y negación.

La aprobación en el año 2008 de la Ley Nro. 18.426, privilegiada en cuanto al reconocimiento y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de varones y mujeres, incluyendo el acceso universal a anticoncepción, es resultado de décadas de movilización social por la despenalización del aborto. Si bien el proyecto de Ley se enmarcó en términos de derechos sexuales y reproductivos en un marco comprensivo de principios y acciones, se trataba de un nuevo texto de despenalización del aborto: el sexto en ser discutido en veintitrés años, luego de la recuperación democrática en el país en 1985 y presentado desde la izquierda en el gobierno (Johnson, ed alter, 2011). Incorporaba leves modificaciones al proyecto de Ley de "Defensa de la salud reproductiva" que había sido discutido previamente (entre 2002 y 2004) y votado negativamente en Cámara de Senadores. A su vez, este proyecto del 2004, recogía los contenidos de los proyectos de despenalización del

84 Según datos tomados de la Encuesta Continua de Hogares 2008, el 44.8% de las personas mayores de seis años de edad eran Cristianos católicos y el 9.5% Cristianos no católicos (INE, 2008).

aborto presentados por el Frente Amplio y tratados en 1998 y en 1993-1994 “Regulación de la voluntaria interrupción de la gravidez”⁸⁵, incluyendo como novedad, la educación sexual en la enseñanza formal y la garantía de acceso a anticoncepción (Rostagnol, 2011: 76-78).

Ciertamente, los debates que circularon en torno a la despenalización del aborto en 2007 y 2008⁸⁶, no centraron la atención en los derechos reproductivos de los varones, sujeto que emerge con mayor centralidad en el texto final de la Ley⁸⁷. Sin embargo, algunos varones se involucraron activamente en la campaña previa, en un contexto de “fuerte movilización y debate social, habiéndose consolidado una opinión mayoritaria a favor del proyecto aprobado por el parlamento con porcentajes superiores al 60%” (López Gómez, ed alter, 2009). Como muestra del clima que se vivía, el 7 de noviembre del año 2007, se creó un blog al que se le llamó “Yo firmo” y donde se denunciaba un excepcional procesamiento sin prisión por delito de aborto, solicitando adhesiones de apoyo. El texto del blog expresaba:

El día 16 de Mayo de 2007 una mujer uruguaya fue procesada por “delito de aborto” por el Juez Letrado del 19º turno Luis Charles ante la denuncia formulada por un médico, configurando una grave violación a los derechos de la mujer denunciada y procesada.

Los y las abajo firmantes hemos infringido la Ley 9.763 de 1938 haciéndonos un aborto o financiándolo, acompañando a una mujer a practicárselo, conociendo la identidad de muchas y callándonos.

Todas y todos somos la mujer de 20 años procesada. O todas y todos somos delincuentes o esa ley es injusta.

El blog fue lanzado por una red de activismo denominada “Ciudadanos y Ciudadanas”, a la que se sumaron actores de diversa procedencia que en el acto de

85 Este proyecto incluía ya como rol del Estado garantizar el marco para el ejercicio del derecho a la planificación familiar (Johnson, 2011).

86 Para ampliar sobre este proceso y los actores involucrados, ver la compilación realizada por Johnson, ed alter (2011) y el trabajo de Rostagnol (2011).

87 El cortometraje "Ya pasó todo" da cuenta del proceso de tramitación del aborto en contexto de aprobación ministerial de la Normativa sanitaria 369 de atención pre y post aborto en el año 2004 que tuvo entre sus consecuencias, la generalización del aborto medicamentoso con Misoprostol. En la historia, los personajes varones son los grandes ausentes del proceso.

firmar, asumían haber “*infringido la Ley Nro. 9.763 en la acción o en la complicidad con la acción/ todos somos la mujer de 20 años procesada*”, ley del año 1938 donde se declara el delito de aborto. Se recogieron un total de 8.798 firmas de mujeres y varones, por lo que puede afirmarse que esta iniciativa supuso un hito en el debate público en la medida en que todos quienes firmaron (actores de la sociedad civil, del ámbito político, académico y artístico), salieron del anonimato poniendo en jaque la separación público-privado y reconociendo de alguna forma que la esfera íntima constituye un hecho social.

Otras formas de apoyo masculino al proyecto de Ley se dieron en el debate parlamentario. Como ejemplo, Güida (2011: 99-100), analiza una interesante intervención durante la cual, un senador del Frente Amplio reflexiona sobre la condición masculina y el poder de decisión de los varones sobre el cuerpo de las mujeres, definiendo el proceso de discusión parlamentaria (con amplia mayoría de representantes varones) como la administración de “un capital ajeno” y la decisión sobre “aspectos absolutamente íntimos de otras”⁸⁸.

En este proceso de debate social por la despenalización del aborto, un conjunto de varones de la sociedad civil y de la política partidaria, acompañaron un reclamo histórico de las mujeres por los derechos sobre el propio cuerpo, posicionándose como sujetos demandantes de un espacio tradicionalmente feminizado: el espacio de la reproducción y el control de la fecundidad.

Dos puntualizaciones relativas al nombre del proyecto aprobado “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”. La primera, como mencionamos, es que fue presentado junto a una estrategia de educación sexual y anticoncepción, ampliando el abordaje de la problemática del aborto y produciendo un giro en las definiciones sobre los deberes del Estado que

88 Para ampliar el análisis de los argumentos esgrimidos por diferentes actores sociales (entre ellos, religiosos) y las posturas político-partidarias a la despenalización del aborto durante el debate parlamentario, ver Rostagnol (2011) quien se ocupa del período 2000- 2010 y Jones (2007) quien se ocupa específicamente del período 2002-2004.

garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes. (Artículo I de la Ley 18.426)

Al respecto, Rostagnol (2011) da cuenta de cómo actores contrarios a la aprobación del proyecto de Ley (en su mayoría de los partidos tradicionales) criticaron su nominación, argumentando que de esa forma se encubría un proyecto de despenalización del aborto⁸⁹. Al mismo tiempo, muestra cómo en los argumentos “feministas” predominó la idea que el aborto forma parte de los derechos sexuales y reproductivos, enfoque desde el que se fundamentó la necesidad de legislar. En esta línea argumental, aparecen las tensiones sobre la despolitización del aborto que dicho enfoque conllevaría, entendido como un discurso más democrático y no ligado exclusivamente al cuerpo de las mujeres. Se incluyen por tanto los derechos de los varones sobre su cuerpo y como sujetos reproductivos.

La segunda, no es posible que pase desapercibido, el hecho de que aun cuando la Ley garantiza el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, se denomina “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, lo que es preciso comprender en el contexto de su aprobación: luego de diez años de debate intenso sobre la temática del aborto, el protagonismo que tuvieron los discursos médicos en dicho debate y la necesidad de dar un marco de legitimidad social a los derechos que estaban siendo contemplados, entre otras estrategias, a través de argumentos sanitarios. Ya en el período parlamentario previo, los discursos vinculados al aborto provocado en condiciones de riesgo entendido como un problema de salud tuvieron importante presencia (Jones, 2007: 58)⁹⁰.

89 La misma situación analiza Jones (2007) para el debate en torno al proyecto “Defensa de la salud reproductiva” en 2002-2004. Asimismo apunta sobre los argumentos esgrimidos desde la oposición al proyecto respecto del rol del varón, sus derechos y responsabilidades frente a la decisión de abortar.

90 En el año 2001 se identifica un aumento relativo de muertes maternas por complicaciones de abortos provocados en condiciones de riesgo. Sobre este aspecto ver Briozzo (2007) y Rostagnol (2011).

Por otra parte, respecto de los derechos sexuales, cabe mencionar que las distintas modificaciones a los principios incluidos en el proyecto original del 2006, entibiaron el espíritu de la ley respecto a las orientaciones sobre *“la sexualidad humana”*. En un primer momento, se incluyó la priorización de la sexualidad entendida como *“comunicación interpersonal placentera”* por sobre su *“función biológica vinculada a la procreación”*. La siguiente modificación implicó anteponer esta dimensión en la redacción, al tiempo que se reconocía también *“el carácter placentero de la comunicación interpersonal”*. La última modificación realizada, deja afuera este contenido y todo el Artículo II que incluía el marco conceptual de la propuesta (Johnson, 2011: 196-198). Como resultado, si bien en el texto final de la Ley se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como condición ciudadana, la sexualidad está asociada fundamentalmente a las ideas de salud y responsabilidad lo que conlleva la necesidad de educación y/o orientación, entre otros asuntos, en anticoncepción.

Se resuelve que a fin de cumplir con los objetivos de la Ley, le corresponde al Ministerio de Salud Pública -entre otras competencias- la promoción de *“la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables”* y de *“cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción”* (Art. 4to.d). Mientras tanto, se establece la necesidad de *“apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos; protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad”* (Art. 4to.e). Es interesante que si bien en el texto de la Ley está ausente la palabra “placer” la idea de “sexualidad plena” solamente está presente en relación a los varones, aunque en diálogo con la idea de responsabilidad y, antes, del compromiso con la salud de las mujeres. Queda entonces desdibujado tanto el ejercicio de la sexualidad femenina como de las sexualidades no heterosexuales.

El decreto reglamentario (Art. 6º) incluye entre las prestaciones de los servicios de salud sexual y reproductiva la “*educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, y promoción de la maternidad-paternidad responsables*” y la “*información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción*”. Como señala Brown para el caso argentino, aplicable en este caso también para el caso uruguayo:

al ligar desde el Estado los derechos sexuales y reproductivos al campo de la salud, lo que se produce es un desplazamiento desde el campo del derecho ciudadano (...) hacia el campo de la medicina, produciendo en buena medida una despolitización del asunto y una re-privatización del problema al derivarlo a un campo, un saber especializado y un terreno de expertos. (en Daverio, 2005: 39)

En consecuencia, la institución que tendrá el rol principal en la implementación de la Ley, será el Ministerio de Salud Pública, y en menor medida, las instituciones del sistema educativo.

El proyecto de Ley es aprobado por el Senado a fines del año 2007 y aprobado por la Cámara de Representantes un año después. Posteriormente, el Presidente Dr. Tabaré Vázquez veta los capítulos relativos a la interrupción del embarazo, perdiendo la Ley el espíritu que la había creado⁹¹. Con la Ley aprobada, el aborto voluntario sigue siendo un delito en Uruguay hasta el año 2012 en que se aprueba la Ley Nro. 18.987 “Interrupción voluntaria del embarazo” (IVE) con la consecuente despenalización del aborto, durante las primeras doce semanas de gestación. El 23 de junio del año 2013, se realiza una consulta ciudadana a favor de interponer un recurso contra la Ley “IVE”, que logra menos de la mitad de los votos necesarios para someter a consulta popular su eventual revocación.

91 “En noviembre de 2007 el Senado aprueba el proyecto de ley, pasa luego a la Cámara de Representantes, que lo aprueba en el 4 de noviembre de 2008 con leves modificaciones. Dentro del plazo estipulado por la Constitución, el 13 de noviembre, el Presidente Dr. Tabaré Vázquez observa los capítulos relativos a la interrupción del embarazo, vetándolos, con la firma de tres ministros (Salud Pública entre ellos). Reunida la Asamblea General –único órgano con capacidad de levantar un veto- la votación favorable al levantamiento del veto no alcanza los tres quintos establecidos constitucionalmente” (Rostagnol, 2011: 80).

Para dar cuenta de las tensiones, cabe mencionar que más allá del avance que significó la Ley de "IVE" en términos de derechos y el apoyo social que recibió, fue un proyecto cuestionado por algunos actores de las organizaciones feministas, tanto por la forma en que se dio el proceso de debate político, como por el fuerte enfoque tutelar contenido en el texto final de la Ley, necesario para alcanzar los acuerdos político-partidarios.

Resulta interesante hacer dialogar estos avances legislativos con los discursos que emergieron en torno a la aprobación de la Ley Nro. 19.167 de "Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida", en noviembre del año 2013. De modo tensional con el espíritu de la Ley 18.426, parte de los fundamentos incluidos en el "Proyecto de Regulación de venta de Anticonceptivos (Impuesto a la venta)" del año 1974 que discutimos en el Capítulo III, vuelven a colocarse casi cuatro décadas más tarde, en la escena política nacional. El 4 de julio del 2013, se publica una nota con el título "Proponen fondo para reproducción. Debate fértil", donde se plantea el dilema del financiamiento de las costosas técnicas de fertilización de alta complejidad previstas en la ley. En respuesta a esta problemática, el especialista Gerardo Bossano⁹² propuso al Parlamento (ante la Comisión de Salud del Senado que estudiaba el proyecto de Ley) el cobro de una tasa en la venta de anticonceptivos:

Ante ello, dijo que "se podría determinar un costo adicional al anticonceptivo, que es tan usado y que debería serlo más para que se tuviera una mejor salud reproductiva. Estoy hablando de que se pudiera cobrar algo más por cada anticonceptivo que se vende; por ejemplo, si vale \$ 200, que se cobrara \$ 250 -esto sería algo permanente- y, de repente, con los miles de anticonceptivos que se comercializan mensualmente podría formarse un fondo de recaudación, una sumatoria de recursos". En ese sentido, dijo que la venta "podría plantearse como una especie de solidaridad entre quienes buscan anticoncepción porque ya tuvieron hijos y aquellas personas que no pudieron tenerlos. De ahí se podría formar un fondo para encarar los procesos de alta complejidad ya que a los de baja complejidad, prácticamente, pueden acceder todos, aunque en algunos casos con algún esfuerzo. (Montevideo Portal, 4/7/2013)⁹³

92 El doctor Gerardo Bossano es referencia en la materia por introducir las técnicas de reproducción asistida y ser pionero en las primeras experiencias de fertilización in vitro, a fines de la década de los '80 en Uruguay (Viera Cherro, 2013).

93 La moneda es pesos uruguayos.

Si bien el Parlamento no incorporó la propuesta planteada por Bossano, el asunto del costo que implica esta ley no fue resuelta en su aprobación y quedó sujeto al decreto reglamentario a cargo del Ministerio de Salud Pública⁹⁴, nos interesa rescatar estos debates y argumentos, en tanto dan cuenta de las continuidades de las representaciones sociales en torno a los derechos del cuerpo y las tensiones y limitaciones que aparecen frente a los avances que democratizan la esfera íntima, donde la *decisión de no procrearse* requiere de ciertas tutelas, por lo menos morales y donde el *no poder procrearse* justifica un mayor esfuerzo estatal en términos de políticas de población⁹⁵.

A partir del año 2010 con la reglamentación de la Ley 18.426, los profesionales de la salud se enfrentaron a un doble desafío. Por un lado, la creación de los servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva con enfoques inclusivos. Por otro lado, la necesidad de generar en ese marco estrategias de trabajo para el asesoramiento pre y post aborto, como preocupación sanitaria que aún no había sido resuelta a nivel normativo. Más tarde, en el año 2012 como preocupación sanitaria en el marco de la reglamentación de la Ley “IVE”. Los integrantes del equipo coordinador de referencia en salud sexual y reproductiva de la Red de Atención Primaria, relataban la etapa inicial de la implementación de Ley 18.426:

94 Posteriormente a la aprobación de la Ley, la prensa titulaba "La ley de reproducción asistida se aprobó sin saber cuánto costará. En el Ministerio de Economía no fueron consultados y advierten que tendrá "alto costo fiscal"". La nota plantea que "conscientes de que el costo sería muy elevado, los legisladores optaron por dejar el tema del financiamiento librado casi por completo al decreto reglamentario que deberán redactar ahora en el Ministerio de Salud Pública (MSP). Lo único que la ley dice al respecto es que las técnicas de baja complejidad (aquellas que se realizan dentro del aparato genital femenino) serán prestaciones obligatorias de las instituciones que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y se financiarán siempre y cuando la mujer tenga menos de 40 años. En tanto, las técnicas de alta complejidad serán parcial o totalmente subsidiadas por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) hasta en un máximo de tres intentos y "en las condiciones que defina la reglamentación" (El Observador, 18/11/2013). La Ley fue reglamentada en setiembre del 2014.

95 Sería interesante profundizar en la discusión de la Comisión de Salud del Senado y el Parlamento y la valoración de esta propuesta para enriquecer el análisis, lo que excede el alcance de esta investigación. Para profundizar en tecnologías de reproducción asistida para el caso uruguayo, ver Viera Cherro (2013).

ECR3: Cuando nos presentamos a los diagnósticos de gestión como equipo y preguntábamos, bueno ¿en qué tema [trabajar]? Cuando estábamos haciendo el diagnóstico de situación, siempre los directores se referían a los temas del embarazo. Cuando elegimos salud sexual y reproductiva, “embarazo”, “embarazo no deseado”, porque eso de la ley de salud sexual y reproductiva tiene como bueno, ta ya lo decías vos, es como que está ligado específicamente al tema de aborto.

Claro también viene un poco de ahí.

ECR3: Claro sale de ahí y quedó, y quedó...

ECR2: “La Ley de aborto”.

ECR3: Y los de la salud sexual y reproductiva, los servicios bien ligados a eso.

Nunca nadie nos habló de la salud reproductiva del varón. Nadie.

(Entrevista colectiva a equipo coordinador de referencia en RAP- ASSE).

Así, ambas leyes se retroalimentan conceptualmente y conviven en las prácticas desplegadas desde los servicios de salud, situación que se hizo evidente en distintos momentos del trabajo de campo, en las preocupaciones de los efectores de salud y en los temas que aparecían como relevantes para ser abordados de forma urgente, quedando la reflexión en torno a la salud reproductiva de los varones, -por lo menos en una primera etapa de implementación- en segundo plano.

Para cerrar este apartado, es preciso relativizar el carácter “excepcional” de la Ley en términos de avances legislativos en la región. En particular, respecto a los métodos anticonceptivos definitivos, Del Río Fortuna (2013) analiza comprensivamente los modos de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Brasil y Argentina, luego de un esquema legal originalmente restrictivo. La autora plantea que Brasil en 1988 y Argentina en 1994 reconocieron formalmente en sus cartas magnas “el derecho de las personas a decidir acerca de su reproducción, al tiempo que asumían la responsabilidad de disponer de los recursos necesarios para el ejercicio de tal derecho”. En el 2006 y en un escenario de correlación de fuerzas favorable, Argentina sanciona la Ley de alcance nacional Nro. 26.130, a partir de la cual, la ligadura y la vasectomía pasan a ser una alternativa anticonceptiva en los servicios de salud, hasta entonces supeditada al criterio médico. En el caso de Brasil, estos derechos se consagran una década antes, ya que la ligadura tubaria fue incluida

luego de un intenso debate, entre las alternativas en anticoncepción -en determinadas circunstancias y con previo asesoramiento- en la Ley de Planificación Familiar Nro.9.263, sancionada en 1996⁹⁶ (Del Río Fortuna, 2013: 11-12). Conviene señalar que el proceso brasilero es disímil que el rioplatense en relación a las políticas y a la extensión de la anticoncepción quirúrgica entre la población en edad reproductiva. Como dato relevante, a mediados de los años '90 la ligadura tubaria llegó a ser en Brasil -en un marco de mercado médico clandestino- el método anticonceptivo más empleado, superando el uso de métodos anticonceptivos orales, lo que ha sido problematizado por algunos autores como una “cultura de la esterilización” (Del Río Fortuna, 2013).

Para el caso argentino, vale mencionar como antecedente marco, la aprobación de la Ley nacional⁹⁷ Nro. 25.673 en el año 2002, por la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, basado en

la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuántos hijos tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos. Por eso, promueve la "Consejería" en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva”.

También, la Ley 26.150 de Creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral de 2006 y la Resolución ministerial 989/2005 orientada a asegurar mayor y mejor acceso a los servicios de salud (Moreno y Pantelides, 2009: 53).

96 El presidente Fernando Henrique Cardoso vetó el artículo sobre esterilización quirúrgica, siendo reconsiderado al año siguiente (Del Río Fortuna, 2013).

97 Previamente, varias provincias argentinas habían sancionado leyes de salud reproductiva: para el año 2006, diecisiete de las veinticuatro (incluyendo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), entre las cuales, siete tenían de alguna forma garantizado en términos legales el acceso a la contracepción quirúrgica (Schuster y García Jurado, 2006).

Dos apuntes comparativos entre el caso argentino y el uruguayo respecto al acceso a la anticoncepción quirúrgica a nivel nacional. Primer apunte: en Argentina la discusión parlamentaria se da en dos momentos. En torno al eje temático métodos anticonceptivos, previamente a la sanción de la Ley 25.673 se llegó a un consenso sobre la fórmula métodos/ reversibles/ transitorios/ no abortivos (Meng, 2006: 106) y luego de un intenso debate donde se expresaron fundamentos vinculados al problema del aborto (Del Río Fortuna, 2013), con la aprobación de la Ley de Contracepción quirúrgica, se le agrega al texto la aceptación de las “*prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción*” (Artículo 8vo. de la Ley 26.130). Como vimos, en Uruguay, la inclusión de la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado son parte de la propuesta integral. Sin embargo, de la revisión bibliográfica y de la revisión de las actas parlamentarias no se desprende que la anticoncepción quirúrgica haya sido ni tematizada específicamente, ni tratada de forma controversial en la discusión parlamentaria⁹⁸. Si bien requeriría mayor indagación, es posible que haya pasado desapercibido entre las estrategias de anticoncepción necesarias para reducir la cantidad de embarazos no deseados y apoyadas -con matices en los enfoques- tanto por opositores como por defensores de la ley.

Segundo apunte: al estar dirigida a la población en general, sin distinción alguna, la Ley argentina es inespecífica respecto a las necesidades de los varones, por lo que las actividades relacionadas con la salud sexual y reproductiva están orientadas a mujeres, a excepción de las vinculadas a las Infecciones de Transmisión Sexual (Infesta Domínguez, 2012)⁹⁹. Como señalamos para el caso uruguayo, el ejercicio de

98 En la discusión del asunto parlamentario se tomó como argumento la preexistencia del Compendio de 2006 sobre Consentimiento Informado para el acceso a ligadura tubaria y vasectomía, si bien se reconoce que ésta última no es demandada (Asuntos del Parlamento N° 29685, Sesión 42/ 2007).

99 Para las leyes provinciales se ha identificado la invisibilización del lugar de los varones en materia de salud sexual y reproductiva y como contrapartida la responsabilización excluyente de las mujeres (Schuster y García Jurado, 2006: 45).

contextualizar los derechos que legitima la Ley Nro. 18.426 en el escenario político de su promulgación, supone entenderla como un *resultado no esperado de demandas sociales urgentes* en torno a la despenalización del aborto. El resultado implica el reconocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos de varones, no tematizados suficientemente, ni contemplados hasta el momento ni por las políticas públicas, ni por las instituciones prestadoras de salud.

ii- Servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva. Oportunidades para el involucramiento de los varones.

"No se permiten hombres en sala fuera del horario de visita. No insista"
"Fuera del horario de visita no permanecerán en sala hombres ni niños"
(Cartelería en Clínica Ginecotocológica C, Profesor Dr. Justo Alonso,
Facultad de Medicina, UdelaR, Centro Hospitalario Pereira Rossell
Notas de campo, 9 Julio 2012).

La Ley 18.426 en su Artículo 6to. establece la universalidad de los servicios y plantea que *“los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población”* contemplando *“la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo”*, entre otras características. Entre los objetivos específicos que establece para las políticas y programas de salud sexual y reproductiva menciona: *“e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación; f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables; g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente”* (Artículo 3ero.).

En setiembre de 2010 aparece el Decreto 293/010 que reglamenta la Ley 18426¹⁰⁰. En términos de nuestro objeto de estudio, su análisis es clave al colocar nuevos desafíos en la relación oferentes de salud y usuarios varones.

El Decreto se enmarca en la Ley Nro. 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud, de diciembre de 2007, que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud y en la Ley N° 18.335 Pacientes y usuarios de los servicios de salud de agosto del 2008, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud. Esta Ley ya establecía en su Artículo 2do. que *“los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica”*¹⁰¹.

Entre las consideraciones del Decreto se establece que el Estado debe garantizar las políticas, programas y organizar los servicios para desarrollar los objetivos contenidos en la Ley. Para ello, se refieren a los conceptos de “salud sexual” y “salud reproductiva” definidos por la Organización Mundial de la Salud lo que puede entenderse como la explicitación de un enfoque específico, que aunque

100 Al mismo tiempo, se publica la “Cartilla de los derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud” de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En esta cartilla, se incluye un apartado dedicado a la Salud Sexual y Reproductiva. El Art. 16 establece que *“Usuarios y pacientes tienen derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, que formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje universal, amigable, inclusivo, igualitario, integral, multidisciplinario, ético, calificado y confidencial”*.

101 La Ley define al *servicio de salud* como “toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud” (Art. 3ero). Y como *usuario* de un servicio de salud a “toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla. En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.

planteado como holístico, implica claramente un “saber experto”, una mirada normativa sobre la idea de bienestar y salud. Particularmente, el Artículo 2 decreta que

las prestaciones en materia de salud sexual tienen como propósito mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, además de ofrecer consejería y cuidados relativos a las enfermedades de transmisión sexual. La atención de la salud reproductiva comprende el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a prevenir y asesorar sobre problemas relativos a la reproducción.

Podemos decir que al sintetizar los objetivos de las prestaciones en salud sexual y salud reproductiva de los servicios, de algún modo se focaliza mayormente en los aspectos relativos a la orientación y educación, la prevención, el cuidado y el riesgo (“enfermedades de transmisión sexual” o “problemas relativos a la reproducción”).

De todos modos, es preciso apuntar que su enfoque tiende a un abordaje comprensivo (no exclusivamente biomédico) de las sexualidades, incorporando aspectos novedosos respecto incluso de la Ley 18.426. En el artículo 3ero. se establecen los elementos que deben incluirse en el abordaje brindado por los servicios de salud sexual y reproductiva como parte de los programas integrales de salud, lo que se sintetiza en el siguiente cuadro.

Tipo de abordaje contemplado	Implicancias para el servicio/ modelo de atención/derechos
<i>a)Universal</i>	Acceso a todos los usuarios y usuarias de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
<i>b)Amigable</i>	Acceso, en particular a grupos vulnerables y socialmente excluidos, y promoción de la consulta oportuna.
<i>c)Inclusivo</i>	Contemplar a mujeres, varones y trans como usuarios y no sólo acompañantes de las personas con quienes se relacionen sexualmente.

<i>d)Igualitario</i>	Respeto a la diversidad de las personas evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.
<i>e)Integral</i>	Considerar a las personas en su dimensión bio-psico-social durante todo su ciclo vital, así como su salud en general, la de sus familias y la de la comunidad.
<i>f)Multidisciplinario</i>	Abordaje interdisciplinario y técnicas adecuadas a las prestaciones a brindar.
<i>g)Ético</i>	Respeto por la autonomía de las personas, creando condiciones para el ejercicio de la misma, brindando información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones personales libres, consientes e informadas durante todo el proceso de atención.
<i>h)Calificado</i>	Tomar en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual; observando indicadores básicos y evaluando periódicamente el grado de satisfacción para generar una mejora continua de la calidad.
<i>i)Confidencial</i>	Observar la normativa vigente en materia de confidencialidad y secreto profesional en todas las instancias y procedimientos de la atención.

Principios sobre abordaje contenidos en ART. 3, Decreto 293/2010 de la Ley 18.426

Sobre el enfoque inclusivo, cabe mencionar cierta amplitud al contemplar usuarios “mujeres, varones y trans”. Si bien la Ley 18.426 atiende los derechos sexuales y reproductivos de “toda la población”, en su Art. 6to. contempla “la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios” pero no aparecen mencionadas las personas trans y del análisis del texto se desprende un enfoque heteronormativo de la sexualidad, (propio de un contexto de discusión sobre despenalización del aborto). Por otra parte, es interesante que se plantea la incorporación de varones y trans “no sólo como acompañantes” lo que también implica un avance respecto del texto de la Ley que se refería en un primer lugar a “promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables”. Se avanza entonces en relación a las primeras acciones desarrolladas desde el Ministerio de Salud Pública que centraban el abordaje de los varones en tanto sus prácticas inciden

en la salud de las mujeres, habilitando una perspectiva comprehensiva de las masculinidades.

Entre lo que los servicios de salud sexual y reproductiva deben incluir “como mínimo”, el artículo 6to. decreta:

- a) Difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en todas las etapas de la vida de las y los usuarios.
- b) Promoción de hábitos saludables de vida en las esferas sexual y reproductiva y de la consulta médica oportuna.
- c) Educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, y promoción de la maternidad-paternidad responsables.
- d) Acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, que incluyan los reversibles e irreversibles. (...)
- h) Información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción. (...)

Luego del lanzamiento del mencionado Decreto, el Ministerio de Salud Pública publica la *“Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud”*. En su presentación se visualiza a la Ley 18.426 como una ley de avanzada en la región en términos de derechos sexuales y derechos reproductivos (idea que también apareció en las entrevistas) pero en torno a la cual se hace necesario trabajar en diferentes niveles institucionales. Se entiende la Ley 18.426 como la síntesis del derrotero que supone un camino propio y singular en la concreción de derechos al marco jurídico y práctica asistencial en el país y que como recurso normativo

contempla todos y cada uno de los acuerdos centrales que arroja la Conferencia de El Cairo. La piedra angular de este marco legal, único en el mundo, es asegurar el Derecho a la atención de la salud, en cualquier circunstancia por la que la persona pueda transitar a lo largo de su vida en lo referente a la problemática de la salud sexual y reproductiva, desde padecer situaciones de violencia hasta el embarazo no deseado, desde el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual hasta la sexualidad placentera. (MSP, 2010: 4)

Más allá de la contrastación empírica de esta idea de “marco legal único en el mundo” en términos regionales e internacionales, interesa destacar la forma en que

aparece la noción de “excepcionalidad” asociada al impulso de políticas públicas promovidas desde el Estado uruguayo y los sentidos que ello acarrea en tanto producción discursiva¹⁰².

Desde la gestión Ministerial se concatenan acciones para aplicar el marco jurídico en lo que se considera los tres niveles de la relación sanitaria, tal cual se describe en el cuadro:

Nivel de la relación sanitaria	Acciones.
Nivel normativo del sistema	Se reglamenta la ley 18426. Se concretan las prestaciones en anticoncepción y en esterilización por voluntad de la persona de manera gratuita en el sistema.
Nivel de los equipos de salud	Se comienza la sensibilización y capacitación de decenas de profesionales de la salud sobre todo del interior del país.
Nivel de las/os usuarias/os	Se planean campañas públicas de información empoderante.

Guía para implementar servicios (MSP, 2010).

En los últimos párrafos de la presentación se plantea: *“Queda mucho por hacer. Entre otras cosas, el habilitar el derecho a que las personas, sobre todo las mujeres, puedan decidir sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva”*. Una primera apreciación de este discurso ministerial es el énfasis en los derechos “sobre todo de las mujeres”. Podemos preguntarnos entonces por cierto reparo en hablar de derechos sexuales y derechos reproductivos de los varones desde la política pública. ¿Hasta qué punto la inclusión de los varones en los nuevos servicios de atención en salud sexual y reproductiva suponen un avance en equidad? O por el contrario, ¿su inclusión debe ser lo suficientemente custodiada para que el efecto no sea la pérdida de derechos que las mujeres han ganado en este terreno en los últimos años?

102 En relación a este punto, se crea en el país la Comisión Sectorial de Población cuya visión puede resumirse en avanzar hacia un país donde su población disfrute plenamente de sus derechos sociales, civiles, culturales, económicos y políticos; una población que asuma su responsabilidad social, en armonía con el ambiente y el espacio territorial en su conjunto, en una sociedad integrada y diversa. Documento "Visión, objetivos, y lineamientos estratégicos para la implementación de políticas de población en Uruguay" (Comisión Sectorial de Población, 2011)

Volviendo a la Guía, plantea como un punto de inflexión la implementación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en términos de “*universalización y la consolidación de las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva*”, estableciendo algunos fundamentos. El primero, que establece el marco de atención a la salud sexual y salud reproductiva como derecho de los ciudadanos. Interesa mencionar que en la Ley -y el Decreto que la reglamenta- refiere a la “salud sexual y reproductiva”, mientras que en la Guía se comienza a hablar de “salud sexual y salud reproductiva” en un efecto de clarificación de un enfoque de la sexualidad que puede o no, vincularse a la reproducción. Por otro lado, se plantea que

constituye una estrategia para promover la progresiva realización de una atención a la SS y SR integral, eficaz y de calidad en las Instituciones prestadoras de salud; Requiere generar transformaciones institucionales, en acuerdo con el cambio del modelo de gestión y de atención promovidos por la Reforma de la salud; Profundiza el cambio de modelo de atención, y propicia cambios en las concepciones y prácticas de los equipos profesionales y de los usuarios. (MSP, 2010: 6)

Nos interesa resaltar que en la Guía se hace nuevamente hincapié en el acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, tanto reversibles como irreversibles.

En la Guía se consigna que todas las instituciones prestadoras de salud deben contar con un servicio de salud sexual y reproductiva, entendido como la expresión asistencial de cada institución en el área de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, por lo que la modalidad de trabajo puede adecuarse a cada contexto institucional.

Asimismo, se crea un Equipo Coordinador de Referencia (ECR) de cada centro de salud, con la figura de un coordinador interno, a efectos de la implementación de los servicios. Se esperan que sean interdisciplinarios y trabajen desde un enfoque de derechos, género, diversidad sexual. La integración mínima del equipo está pautada por el Decreto que reglamenta la Ley: ginecólogo/a, obstetra/partero/a y psicólogo/a. Como se observa hasta aquí, no está prevista la incorporación de urólogos/as,

aunque se prevé la convocatoria a otros profesionales de acuerdo a los problemas demandados. En la Guía se sugiere además, la incorporación “*naturalmente*” de Licenciados de enfermería y plantea que “el ECR deberá integrarse o vincularse (dependiendo de lo establecido por el MSP) con profesionales de diversas especialidades (urología, endocrinología, psiquiatría, trabajo social, oncología, etc.) que permitan un trabajo interdisciplinario o una derivación eficiente y coordinada que permita una asistencia integral y oportuna”. De los ECR con los que intercambiamos, encontramos un sólo caso donde se incluye urólogo dentro del servicio de salud sexual y reproductiva, integrado al equipo y modalidad de trabajo.

Existen dos tipos de funciones que el ECR debe desarrollar en el marco de la institución: a) funciones asistenciales directas, ya sea por derivación o por solicitud directa de los usuarios; b) funciones de gestión, como facilitadores de la coordinación de la atención integral y responsable de la implementación de las acciones y prestaciones incluidas en la Ley. La composición del equipo y el alcance de las acciones varían de acuerdo a si se trata de instituciones prestadoras de salud a nivel mutual, público o primer nivel de atención. Por otra parte, cabe aclarar que los servicios deben articular el trabajo entre los equipos coordinadores de referencia y el resto de los profesionales vinculados a la salud sexual y reproductiva que trabajan en la institución en prácticas asistenciales.

A nivel mutual (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) se observó que los servicios de salud sexual y reproductiva funcionan como policlínica en ciertos horarios y días de la semana. En la Red de Atención Primaria de ASSE (prestador de los servicios de salud del Estado que abarca Montevideo y Área Metropolitana) intentando respetar las “*distintas culturas barriales*” la estrategia funciona como un “*híbrido*” compuesto por un Equipo Coordinador Referente interdisciplinario y alrededor de catorce referentes “de base” en salud sexual y salud reproductiva (uno mínimo por cada Centro de Salud de la RAP-ASSE¹⁰³) que tienen el rol de ser “nexo”

103 Los centros de salud de la RAP-ASSE se consideran “cabeza sanitaria de un área” geográfica, contando con policlínicas dependientes. En este sentido, el referente de SsyR puede ser del Centro o de Policlínica.

entre el ECR y los actores del Centro de Salud. Los referentes son de origen disciplinar heterogéneo y cuentan con experiencias de trabajo diversas. Desde el ECR hay una clara posición respecto a la necesidad de transversalizar el enfoque y se considera que frente a la instalación de un servicio del tipo de los que existen a nivel mutual, *“además de estar ideológicamente en contra estamos pensando que son inoperantes”*. Aparece entonces una tensión entre la especialidad de abordaje propuesta en la Red de Atención Primaria y la especificidad temática en relación a salud sexual y salud reproductiva.

El domingo 17 de Julio de 2011, una nota de prensa publicada en *La República de las Mujeres*, titulaba: “Primer Encuentro de Equipos de Coordinadores. Servicios de Salud sexual y reproductiva se extiende por el país”. La nota cubre la realización en el mes de junio del mismo año, del Primer encuentro nacional de la Red de Equipos Coordinadores de Referencia (ECR). De acuerdo a la nota:

Dichos equipos deben estar integrados como mínimo por un ginecólogo o ginecóloga, un psicólogo o psicóloga y un partero o partera. El ECR, con funciones de articulación, seguimiento y homogeneización de criterios, también actúa en atención directa, pero es sólo uno de los componentes de los servicios de salud sexual y reproductiva. El primer encuentro de la red que forman los ECR, contó con la presencia de autoridades ministeriales y comenzó a aunar criterios para el proceso de implementación. Estuvieron presentes representantes de ECR de más de 30 instituciones de todo el país, que realizaron una puesta a punto de las fortalezas y debilidades que ha tenido la primera parte del proceso.

Respecto a las dificultades de implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva, identificadas por los equipos de salud en el Encuentro, la nota menciona la cultura del trabajo y el abordaje sanitario de las instituciones. Al mismo tiempo,

Muchas de las derivaciones que están recibiendo estos Equipos Coordinadores de Referencia están vinculadas a la salud del varón, fundamentalmente a su sexualidad, terreno en el que otros profesionales –urólogos por ejemplo-, no se sienten capacitados para actuar. Así, las consultas por disfunciones o “pérdida de la libido” se están haciendo frecuentes para estos equipos, que visibilizan la necesidad, en algunos casos, de fortalecer su formación en dichas áreas.

Es sugerente además, es que la nota, reproduce estas dificultades, en la medida que la ilustración que aparece, es un cuerpo femenino.

A partir de la Ley 18.426 y su reglamentación a finales del año 2010, entonces “se configura un nuevo escenario en la definición de la política pública que favorece la cobertura universal de la atención en salud sexual y reproductiva en todos los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud” (MYSU, 2010: 69). El campo de las políticas públicas sobre salud sexual y salud reproductiva en Uruguay aparece hoy como un *campo en tensión*. Los servicios de atención en salud reproductiva se encuentran aún en proceso de implementación, sin embargo, los discursos que se propagan desde el Ministerio de Salud Pública rompen con algunas de las ideas tradicionales en relación al campo del control de la fecundidad, donde destacamos el lugar otorgado al varón como sujeto reproductivo y la visibilización de la vasectomía como potencial método anticonceptivo. Debemos considerar analíticamente que los actores (en este caso, referentes de programas sanitarios y efectores de salud) se apropian de la norma y la ponen en juego, actualizan las definiciones y objetivos de las políticas a la luz de relaciones, sus formaciones, trayectorias y sociabilidad (Pozzio, 2011).

De modo que la implementación de la política pública puede entenderse como la continuación de la lucha de discursos y de sentidos, en nuevos territorios. En este sentido, una representante ministerial relataba en marzo del 2012 el proceso de conformación de los servicios:

A fines del 2010, la situación era que había ocho servicios de salud sexual y reproductiva en el país. Hoy, que funcionen, podríamos decir que hay casi treinta y pico. Entonces, si bien no es el total, y es casi la mitad de los que deben haber... Hubo un paso importante. El Ministerio tiene herramientas como para obligar a que esto ocurra. Nosotros hemos preferido el otro camino. El camino de la sensibilización, la profundización, la capacitación...del empoderamiento de los profesionales. ¿No? Bueno, este año nos queda, completar todos los servicios, que todos tengan un referente, que todos tengan los equipos de coordinadores de referencia, los locales y todo lo demás. Y ahí nosotros podemos empezar a decir «bueno, ya está, la sensibilización se acabó». (Representante ministerial)

Al mismo tiempo, las entrevistas a efectores, dejan entrever el carácter de “oportunidad” que tienen los servicios de salud sexual y reproductiva a la interna del cuerpo médico:

Yo creo que en realidad es un servicio que tiene hoy una función muy...que tiene funciones muy importantes, que es descomprimir sobre todo las dudas o la ansiedad de otros técnicos ¿no? Para mí tiene más la función de descompresión de aquella persona que no se anima a asesorar, que no se anima a hablar de estas cosas, desde una disfunción sexual de un hombre hasta una interrupción de un embarazo...me parece que siguen siendo temas tabú y tiene función de descompresión de eso... “bueno, yo te mando ahí y que te vean” y es como que aliviana mucho al equipo de salud sobre esas cosas...Pero mi intención, si me decís, a largo plazo, a veinte años, no tendría que existir más (Efactor de salud, nivel mutual, ginecólogo).

El riesgo que aparece entonces en torno a esta estrategia de trabajo es el de “encapsular” los temas-problema en equipos técnicos especializados. Por otro lado, como efecto positivo del proceso, se valora que la presencia de varones a nivel institucional y en torno a los servicios ha colaborado en disminuir un estigma en tanto policlínica vinculada exclusivamente al asesoramiento en torno al aborto voluntario. Al respecto, una integrante de un equipo de referencia relataba que antes las personas *“venían más como con miedo cuando venían a asesorarse, vos veías que el paciente trataba más de esconderse, a mí me da esa impresión. Es mi impresión...Y ahora como cuando uno sale y dice “salud sexual y reproductiva” y lo decimos más fuerte”*.

iii- Los varones como *paciente-usuarios*. El emergente “disfunciones sexuales masculinas”.

“Porque en definitiva hay varones que muchas veces no consultan, parece que el sistema de salud está hecho para mujeres. (...) ¿Cuál es la premisa del sistema de salud? Yo voy a sala de espera. La sala de espera parte de la base de que la mujer siempre puede esperar” (Representante ministerial).

“Y el varón también es un ser sensible, que muchas veces quiere conversar y quiere explicar lo que le pasa. Y bueno ta, las consultas mutuales son todas muy rápidas, entonces necesitás una instancia un poco mayor para conversar de estos...de cualquier tema. De cualquier tema. De este también” (Coordinadora de ECR, nivel mutual).

Estos dos fragmentos de entrevista colocan dos asuntos claves-nudos que aparecieron durante el trabajo de campo. El primer asunto-nudo es la dificultad que los varones lleguen al servicio de salud en forma oportuna. Si bien es claro que los varones no están ajenos al proceso de medicalización, es posible afirmar que las mujeres circulan mayormente en diversos niveles de atención médica, fundamentalmente en lo que refiere a la atención gineco-obstétrica (Güida, 2003; Grabino, 2007; Evia 2014). Por tanto, desde la perspectiva de los efectores de salud, habilitar los espacios se plantea como un desafío a lo que alguno de ellos definió como las *“masculinidades hegemónicas”*. El segundo, es el vínculo tradicionalmente construido en términos de salud sexual y salud reproductiva varón- urólogo/a asociado a una consulta muy breve, donde hay poco espacio para dialogar y construida sobre algunos supuestos *“se piensa muchas veces que lo arreglás con una pastilla”* y prácticas *“a ver bajate los pantalones”* estereotipadas. Por tanto, aquí la perspectiva que aparece es la de estar habilitando espacios que vienen a completar la asistencia porque *“el hombre quiere explicar lo que le pasa”*.

Intentando articular los dos asuntos-nudos, es posible proponer la categoría de análisis *varón-paciente-usuario*. Nos parece sugerente esta categoría liminal¹⁰⁴ respecto al lugar en que el varón es discursivamente colocado desde la mirada de los profesionales de la salud.

104 Siguiendo el modelo de Van Gennep (en Turner, 1999). Los ritos de paso presentan tres fases: separación, margen o limen y agregación. La *separación* supone una conducta simbólica que signifique el alejamiento del grupo o el individuo de su anterior situación dentro de la estructura social o de un conjunto de condiciones culturales, (o “estado”); en el *margen* el estado del sujeto es ambiguo, atravesando por un espacio en el que encuentra muy pocos o ningún atributo tanto del pasado como del venidero; mientras que en la *agregación* el paso se ha consumado ya.

Como afirmamos en el capítulo metodológico, en el caso de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva que se encontraban asesorando a usuarios varones las discusiones sobre varones y prácticas anticonceptivas fueron desjerarquizadas como problema a resolver en la medida en que se describía un proceso de atención funcionando sin mayores inconvenientes. Esta situación nos generó cierta incomodidad durante el trabajo de campo, pero luego fue interpretada en términos de estrategia discursiva para colocar a los varones en un lugar inteligible como parte del servicio de salud por parte de los efectores. Porque justamente, el desafío de este proceso es que los varones se adapten a un sistema de salud que no los reconoce ni como pacientes (las pacientes/las que tienen “paciencia” son las mujeres), ni como usuarios (los varones no consultan). Así, con respecto al acercamiento de los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva y los cambios que han percibido, relataban los integrantes de uno de los equipos interdisciplinarios, trabajando en el nivel mutual:

Efector de salud 1: Está bueno y es como...como lo más novedoso en definitiva, que pueda haber un espacio donde los varones puedan acercarse y consultar. Incluso a veces piden la hora abajo [en recepción] y el otro día nos decía un señor que cuando pidió la hora le dijeron “no, pero el doctor es ginecólogo, ¿cómo va a ir usted a un ginecólogo?” ¿no? “no, pero dice ahí [aludiendo al nombre de la policlínica] que es de salud sexual” (decía el tipo)... “yo quiero consultar ahí porque tengo un problema sexual...”

Efector de salud 2: De modo que estuvo bueno el argumento del hombre sobre la consulta ¿no?

O sea que abajo [en recepción] no tienen muy claro...

Efector de salud 2: No, despacho de órdenes, ese tipo de cosas...sin embargo llegan.

La institución médica se presenta como un espacio que produce y reproduce, las normas y roles de género, las características socioculturalmente construidas que definen los comportamientos masculinos y femeninos en contextos histórico-sociales determinados. Al mismo tiempo, establece relaciones hegemónicas donde el profesional de la salud asume un lugar de dominación mientras que los/as

usuarios/as un lugar de subordinación¹⁰⁵. Esta relación, se presenta en la articulación –contextual y no siempre lineal- del triple eje de asimetrías: de saberes, de clase, de género. Por lo que la dicotomía Médico/a (dominación/masculino/activo) vs. Usuario/a (subordinación/femenino/pasivo) merece ser problematizada y puesta a consideración ya que dicha relación no es de tipo binaria sino más bien, la cristalización de un entramado complejo de relaciones que trascienden lo médico: de clase; la noción de “cuidado” y otras tantas dimensiones relevantes. La pregunta debe colocarse entonces en la interacción concreta de los sujetos, dando lugar tanto al conflicto, a la negociación y a la alianza¹⁰⁶.

Así, la categoría de *varón-paciente-usuario* tomó diferentes sentidos según el interlocutor. El primer análisis fue en relación a los efectores varones y mujeres siguiendo las observaciones de Viveros, ed alter (1998), quien muestra cómo las prácticas en la atención a los usuarios, así como los discursos de los/as efectores están marcadas por su condición de género. De esta investigación, no se desprende información relevante en esta línea de análisis¹⁰⁷. Sin embargo, del análisis de las entrevistas a profesionales de la salud, surge una nueva categoría de clasificación con mayor entidad analítica que la de varones/mujeres efectores/as y que refiere a un abordaje técnico-disciplinar específico: *urólogos/as* en contraposición a *otros profesionales* vinculados a la temática de salud sexual y reproductiva.

Esta categoría se fundamenta en cierto distanciamiento en las representaciones sobre el modelo asistencial de los urólogos/as y el resto de los profesionales de la salud. Primero, porque como vimos, la especialidad urología no está incluida dentro del equipo técnico mínimo que deben integrar los servicios de salud sexual y

105 Para el caso de Uruguay, este proceso de legitimación se da a partir de 1900, momento en que la sociedad uruguaya convirtió a la salud en valor supremo (Barrán, en Romero Gorski, 1999:28) El modelo médico hegemónico (que interactúa con otros modelos) se ha caracterizado así, entre otros aspectos por el ejercicio de “un principio de autoridad.” (Romero Gorski, 1999: 26).

106 La relación de poder médico/ usuaria ha sido ampliamente estudiada en el ámbito de la consulta ginecológica, como ejemplo, ver Mesa y Viera (2004) y Rostagnol y Sacchi (2006).

107 Ello puede entenderse por cierto “sesgo” en relación a las personas que fueron entrevistadas con predisposición/sensibilización hacia abordajes comprensivos. Por otra parte, en esta investigación no analizamos las prácticas lo que seguramente arrojaría nuevas interrogantes.

reproductiva. Así, lo que sucede a nivel mutuo es que conviven en una misma institución un servicio especializado y consulta de urología. Si bien no es posible generalizar, algunas de las dinámicas de trabajo relatadas tienen que ver con derivaciones “cuando se requiere de exámenes urológicos” o “se les deriva específicamente a fulano de tal que es el que hace la vasectomía”. Esta relación no siempre se da de forma armónica y aparecen disputas sobre los campos disciplinares y la competencia asistencial sobre el cuerpo del varón. A propósito, uno/a de los/as urólogos/as entrevistados decía “me causaba gracia porque el consentimiento informado estaba con su firma en lugar de con la mía” refiriéndose un profesional del ECR.

Por otra parte, mientras los “otros” profesionales de los servicios de salud piensan en la novedad y el desafío de su tarea en términos asistenciales en relación a los varones, los urólogos/as entrevistados¹⁰⁸ rescatan su saber específico y las prácticas que realizan en términos de orientación en salud sexual y salud reproductiva que ya realizaban antes de la Ley 18.426:

Otra cosa que hemos así charlado con la gente que está en los servicios es que los varones que están yendo a consultar, más que consultar por el tema de vasectomía o de anticoncepción, consultan más por disfunciones sexuales. ¿Eso les llega a ustedes después?

Urólogo/a: Nosotros somos los que vemos disfunciones sexuales, y...

Por eso, los derivan de los servicios ¿o llegan directamente...?

Urólogo/a: No, llegan directamente. Creo que tienen bastante separadas las cosas. Yo veo muchas disfunciones, nosotros vemos muchas disfunciones.

En el primer nivel de atención la distancia es aún mayor, ya que la especialidad urología no forma parte de las prestaciones de los Centros de Salud y Policlínicas, y por tanto “son los grandes ausentes”. La visión de los/as profesionales

108 Se entrevistaron solamente dos urólogos para esta investigación, por lo que sería necesario indagar en la perspectiva de estos profesionales sobre este asunto.

que se desempeñan en este nivel es que como técnicos “hiperespecializados, con formación quirúrgica” los/as urólogos/as podrían generar “cuellos de botella” en la ruta de atención de los varones que tienen que ser derivados, en especial, cuando se trata de la opción por la vasectomía¹⁰⁹.

Argumentando a favor de una definición flexible de género, Mc Elhinny (1994) plantea que raramente un acto social dado es interpretado como solamente masculino o femenino. Por el contrario plantea, usualmente es percibido confirmando una amplia variedad de información sobre el actor desde su personalidad, edad, contexto regional, etnicidad y clase. De este modo, afirma que si se le presta más atención a los significados locales adjuntos a ciertas acciones, se producirá una visión más dinámica del género y de las relaciones de poder pudiendo reconocer la fuentes de desafíos a normas hegemónicas y binarias de género que ya están disponibles dentro de cada comunidad. Siguiendo a la autora, el reconocimiento de la categoría clasificatoria *urólogos/as- no urólogos/as*, abre una nueva línea interpretativa para pensar el modo en que los efectores/as de salud representan y presentan a los varones-pacientes-usuarios. Más allá de que las perspectivas y enfoques de los/as urólogos/as que fueron entrevistados no responden al estereotipo de la consulta promedio, de todos modos, es posible -recuperando además la propuesta de Viveros- dejar planteada la idea que los discursos de género sobre los varones usuarios están marcados por la posición de los/as efectores en ese espacio social que es el servicio de salud¹¹⁰.

Y queda planteada la interrogante sobre la condición de género de los/as efectores/as en el sentido que la urología es visualizada como una disciplina masculinizada y para el caso uruguayo también encarnada fundamentalmente por varones¹¹¹. Badaró (2009: 267) entiende las instituciones como “espacios moldeados

109 La etnografía desarrollada por Evia una policlínica del Primer Nivel de Atención de la zona Metropolitana, revela que “un mayor porcentaje de mujeres (58,4%) que de hombres (41,6%) utilizan el servicio de salud y que la población masculina se concentra principalmente en la infancia y adolescencia mientras que la población femenina se concentra especialmente durante la edad fértil” (Evia, 2014: 180).

110 “Yo creo que la mitad de tu tesis la tenés ahí” nos decía una entrevistada psicóloga.

111 De las entrevistas surge que actualmente se encuentran en actividad unos noventa urólogos/as de los cuales aproximadamente el 10% son mujeres. Por año hay un promedio de cuatro residentes

por relaciones y representaciones de género” que se manifiestan tanto en la división del trabajo como en las definiciones normativas de una actividad. Y por tanto, de la afirmación anterior se deriva un proceso de feminización del espacio que implican los servicios de salud sexual y reproductiva, pero enfatizando lo relativo a la salud reproductiva: *“los urólogos siempre hemos quedado siempre medio por fuera de esos servicios de salud reproductiva. Esos servicios de salud sexual y reproductiva están más orientados a las mujeres. Tendríamos que estar pero no. En la práctica no estamos”*.

Al mismo tiempo, quedó en evidencia por parte tanto de los/as urólogos/as como de los/as integrantes de los equipos coordinadores de referencia¹¹² una mayor preocupación y relevancia dada a la salud sexual de los varones, más que hacia la salud reproductiva, a partir del *“emergente sanitario consultas de varones sobre disfunciones sexuales”*.

Los y las profesionales de la salud que fueron entrevistados/as, coinciden en la idea que muchas veces los varones usuarios no llegan al servicio en busca de asesoramiento en anticoncepción en general o en vasectomía en particular, sino que llegan al servicio de salud sexual y reproductiva fundamentalmente por “disfunciones sexuales”. De este modo es posible identificar un emergente sanitario (las consultas por disfunciones sexuales) e interrogarse por la orientación de los varones hacia los temas de salud sexual más que a los temas de salud reproductiva.

Como ejemplo, el trabajo *“Perfil epidemiológico de consultas al servicio de salud sexual y reproductiva de una IAMC”* (Aguirre, ed alter, 2012) que presenta los resultados de las consultas al equipo central del Servicio de Salud Sexual y Salud Reproductiva entre Setiembre 2011 a Febrero 2012 (6 meses), plantea que las consultas por disfunciones sexuales son a) más frecuentes en hombres (57%) y b) se dan en: mujeres post -menopáusicas y vinculadas a alteraciones del deseo y anorgasmia; hombres de todas las edades: antes de los 50 años principalmente por eyaculación precoz y luego de los 50 años vinculadas a disfunción eréctil.

realizando la especialidad urología en la Universidad de la República.

112 A excepción de los equipos de referencia del primer nivel de atención actuando con una dinámica particular.

Por otra parte en el trabajo académico se afirma que en un total de 65 usuarios que concurrieron al servicio realizando 136 consultas, existieron sólo 2 consultas por vasectomía, procediendo a realizar ambas. De este modo, el informe concluye que:

I. las consultas por sexualidad son un emergente, en especial entre los varones, traduciendo la relevancia del tema para la población y la falta de soluciones hasta la aparición de los servicios. II. Existe una baja prevalencia de consultas por vasectomía, marcando que dicho método anticonceptivo no es visualizado como una alternativa real por la población.

Los varones efectivamente están haciendo uso de los servicios de salud integrales y deben ubicarse en el rol de paciente-usuario. Lo que nos interesa resaltar es que en tanto proceso, la masculinidad se torna especialmente visible frente a una situación que desafía algunos atributos, representaciones o relaciones asociados con el “ser varón”, pudiendo pensar en una relación de vaivén entre las prácticas y representaciones concretas y la existencia de una definición normativa de masculinidad actuando como marco interpretativo de cierto contexto social (Badaró, 2009). Para el caso analizado, la situación que desafía los atributos asociados con el “ser varón” es el proceso que coloca a los varones en *sujeto-paciente* siendo más claro el desorden de género cuando se trata del *sujeto-paciente-reproductivo*. Quizás por esa razón es que hallamos en los discursos la necesidad de ciertos cuidados especiales para atender a los varones, como un ambiente propicio, disposición, tiempo y nuevos arreglos en los equipos técnicos. A propósito, expresaba una representante ministerial:

¿Y en particular como están pensando en estos servicios la inclusión del varón y bueno, que desafíos también...?

Representante ministerial: Mirá, esas son todas cosas bien discutibles. Por ejemplo, la mayoría de los equipos están integrados por mujeres. Y por lo general cuando vienen los varones no nos vienen a pedir la vasectomía, vienen por disfunciones sexuales, y cuando se encuentran, se enfrentan a 3 mujeres sentadas adelante. Muy fuerte, muy fuerte. O sea, yo sé que muchas veces

nosotras las mujeres nos enfrentábamos a equipos de varones o que nos enfrentábamos a un varón en sí, ta, y que nosotras no nos sentíamos cómodas. Yo me imagino la situación de ese varón, hoy en día, y yendo a decirles que tiene impotencia sexual o que tiene una eyaculación precoz. ¿Cómo hace para sacar ese varón todo lo que tiene adentro, para ir a buscar cual es la situación? Por eso te digo, estamos en un vaivén de cosas y yo estoy muy de acuerdo con los equipos multidisciplinarios, pero no estoy de acuerdo con la intromisión en la privacidad de las personas. (...) hace que esa relación del equipo de salud con el paciente sea muy dura. Entonces prefiero (...) que puedan optar en ir a fulano en ir a mengano, como si fuera un *triage*. Un *triage* es, vengo... “bueno, usted para aquí, usted para allá”.

La coordinación ya más interna, ya no directamente con el paciente digamos.

Representante ministerial: Sí. Saber por qué viene. Es una entrevista. Y bueno después se lo coordinará, se le informará a quien tiene que ir a ver...ese tipo de cosas. Pero bueno, es un andar. De la relación directa o personal médico-paciente, estamos evolucionando a una relación que es del equipo de salud paciente y eso nos va a llevar un tiempo acomodarlo. Te vuelvo a insistir yo no estoy de acuerdo con que sea un amontonamiento. No creo que una persona que venga a consultar, tenga que tener un tribunal. Fijate vos lo que vos sentirías si fueras a consultar y tuvieras 3 personas que te están haciendo preguntas a la vez, y que están anotando en papeles todo lo que les decís.

(...)

¿Y hay al momento información sobre si realmente hay un uso de esos servicios por parte de los varones o es algo como...?

Representante ministerial: No. Los varones que consultan, consultan por trastornos de sexualidad.

En este sentido, atributos propios de la feminidad occidental como esencialmente pasivas, poco poderosas, sumisas y receptivas (Moore, 1994) parecen ser resistidos imaginados en cuerpos masculinos desde los discursos de los efectores de salud. Y -como plantea Güida (2003)- lo hacen desde un lugar legítimo y con alto significado en lo social: la salud pública. Sin embargo, lo interesante de la generización, es decir, el proceso constante por el cual varones y mujeres incorporan

modelos de masculinidad y feminidad tiene únicamente relaciones tangenciales con las conductas, cualidades, atributos y las autopercepciones de las mujeres y hombres (Moore, 1994).

De este modo, las estrategias discursivas descritas son interpretadas como (re)definiendo simbólicamente los espacios generizados. Al asumir la no priorización del tema, al des-jeraquizarlo como problema o al desplazar la atención a la salud sexual, se mantiene a los varones fuera -y preservados- del terreno feminizado de la reproducción.

Capítulo V. “Quedar estéril”: la vasectomía como analizador de masculinidades.

i- Biografía de un método anticonceptivo no reversible en el marco de diferentes paradigmas de atención en salud reproductiva.

El análisis de los textos producidos institucionalmente en las diferentes etapas marcadas por las políticas públicas en salud reproductiva durante el período estudiado (y en el marco de diferentes paradigmas sobre salud y reproducción), permite analizar los modos en que es significada en diversos espacios y discursos la vasectomía en Uruguay. En términos analíticos, proponemos comprender este proceso como historia de vida o “biografía”, un proceso que si bien no es lineal, permite plantear un continuum desde su histórica invisibilización como opción anticonceptiva a la actual significación como derecho reproductivo de los varones.

Analizando nuestro corpus documental, los discursos de los profesionales de la salud trabajando en los servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva y urólogos, damos cuenta de la forma en que la anticoncepción quirúrgica masculina y la decisión de un varón de esterilizarse son significadas en Uruguay. También, cómo apoyándose en argumentos legales, técnicos o morales, los efectores de salud alientan, cuestionan u obstaculizan esta decisión.

Durante el trabajo de campo el Manual de Urología de Campbell&Walsh (2008) fue mencionado como texto de referencia en la especialidad urología, en el ámbito universitario local. En tanto bibliografía técnica y legitimada académicamente, su estudio adquiere relevancia analítica para nuestra investigación. En dicho texto se define la vasectomía de la siguiente manera:

Un método efectivo y seguro de anticoncepción definitiva (Schwingl y Guess, 2000). En los Estados Unidos, cerca del 11% de los matrimonios y

aproximadamente 500.000 hombres por año la usan; más que cualquier otro procedimiento urológico. Aunque estos números pueden parecer impresionantes, de hecho se realizan en el mundo muchas menos vasectomías que esterilizaciones femeninas por ligadura de trompas (Rowlands y Hannaford, 2003). Esto a pesar de que la vasectomía sea un procedimiento más barato y tiene menos morbilidad que la ligadura de trompas. Algunos hombres temen el dolor y las complicaciones, mientras que otros asocian erróneamente vasectomía con castración o pérdida de la masculinidad. (Campbell-Walsh, 2008: 1098)

Este párrafo¹¹³ condensa ejes claves de los discursos de las políticas públicas y efectores de salud para pensar vasectomía en Uruguay, lo que expresamos en el siguiente cuadro.

Definición	Método de anticoncepción Masculino. Definitivo.
Aspectos técnico-urológicos del procedimiento	Efectivo y seguro. Más barato (que ligadura de trompas). Menos morbilidad (que ligadura de trompas).
Opción por la vasectomía	Menos vasectomías en el mundo (que ligadura de trompas).
Aspectos socio-culturales involucrados	Temores al dolor y las complicaciones. Asociación con castración o pérdida de la masculinidad.

Elaboración propia en base a Campbell-Walsh (2008: 1098).

Las formas en las que se combinan en los discursos estos elementos desagregados en el cuadro, son diversas de acuerdo a los actores y espacios sociales examinados.

Como método anticonceptivo, la vasectomía encierra entonces dos aspectos centrales que requieren ser analizados. Por un lado, es un *método anticonceptivo dirigido a varones* y por otro lado, es un *método definitivo de anticoncepción*.

113 El primero dentro del apartado “Vasectomía” incluido en el Capítulo 34 del manual (“Cirugía del escroto y las vesículas seminales”) y el único presentado antes de dar cuenta de los aspectos procedimentales de la cirugía.

El primer aspecto hace referencia y tensa el campo feminizado de la salud reproductiva y las políticas públicas sobre métodos anticonceptivos que históricamente han tomado a las mujeres como sujetos destinatarias de las iniciativas en torno a anticoncepción.

El segundo aspecto hace referencia a la interrupción definitiva de la capacidad de procrearse de los varones (pero no exclusivamente). En este sentido, se pone en juego la dicotomía público/privado en las distintas concepciones del Derecho, las competencias del Estado sobre la esfera íntima y la interrogante sobre en qué medida los individuos pueden decidir sobre su cuerpo (reproductivo) y en qué medida sería deseable que lo hicieran autónomamente. Aquí, vale la pena rescatar los consensos teóricos identificados por Bidegain (2007: 114) en el análisis del debate general procesado en el Senado a punto de partida del proyecto de despenalización del aborto durante el 2002-2004 en relación a “la importancia de la intervención estatal en la promoción de modelos de comportamientos deseables”, una visión del Estado que al decir del autor, se asemeja más a la corriente comunitarista o republicana que a la corriente liberal¹¹⁴ y se aleja de una perspectiva de neutralidad estatal en materia de políticas educativas y en relación a las decisiones reproductivas de los/as ciudadanos/as.

Un tercer aspecto que aparece como relevante para el análisis de la vasectomía es que se trata de una *intervención quirúrgica*. Mientras los métodos anticonceptivos femeninos disponibles suponen en su mayoría una intromisión corporal (métodos hormonales, dispositivo intrauterino, ligadura tubaria) la vasectomía es el único método dirigido a los varones que supone “marcas” corporales¹¹⁵, adquiriendo relevancia la pregunta por las representaciones sobre los cuerpos masculinos en el

114 Johnson (2011: 188) plantea que de todos los proyectos de despenalización del aborto, el más liberal fue el propuesto por diputados del Partido (tradicional) Colorado en 1985 que despenalizaba el aborto sin restricciones, aunque no se refería a “derechos” ni a obligaciones de los servicios de salud de brindar atención.

115 Lorena Lima de Moraes (2009) analiza el modo en que varones se definen con respecto a la intervención: “soy vasectomizado”, en vez de frases como “estoy vasectomizado” lo que alienta la indagación en posibles marcas identitarias.

campo de la salud reproductiva y en torno a la participación de los varones en los procesos de regulación de la fecundidad.

Para el estudio de la práctica de la vasectomía en el marco de la institución médica, -siguiendo a Viveros ed alter (2008)- cabe realizar dos tipos de análisis. Por una parte, atender a los varones que ingresan al campo medicalizado de la salud sexual y reproductiva una vez que se interesan por este método anticonceptivo y en algunos casos, luego se someten a la intervención quirúrgica. Por otra parte, atender a los varones y mujeres efectores de salud de los servicios con sus discursos y prácticas en relación a la vasectomía. Así, las representaciones de los varones en torno a la vasectomía, dialogan con las representaciones de los efectores de salud.

Concentrándonos en el nivel de los efectores de salud, el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay (MYSU, 2008, 2009 y 2010), ofrece pistas para ir comprendiendo un proceso de transformación, tanto a nivel discursivo (en el plano de las políticas públicas), como a nivel de las prácticas institucionales. De acuerdo al Observatorio en Uruguay del año 2008 la vasectomía era un procedimiento que no se destacaba dentro de la oferta de esterilización definitiva (MYSU, 2008: 46). A diferencia de lo observado en otros países latinoamericanos, en el campo de la anticoncepción no reversible en Uruguay, las barreras aparecían tanto en relación a la esterilización masculina como a la femenina. De forma sugerente, Güida daba cuenta en el año 2006 de cómo en Uruguay estas barreras se han expresado de forma diferente en los servicios públicos y privados y afirmaba:

la accesibilidad a la vasectomía es prácticamente nula para los varones de sectores populares, más aún que la ligadura tubaria para las mujeres. A pesar de su escaso riesgo y costo, la posibilidad de acceder a la vasectomía ni siquiera se la plantean los responsables de programas y servicios. (...) en el ámbito privado, al igual que sucede con la ligadura tubaria, el olvido de la norma constitucional se relaciona con el lucro financiero. (Güida, 2006: 323)

El observatorio del 2009 se concentró en el acceso a la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud. En relación a la anticoncepción, el informe

observó la persistencia de prácticas por parte de los profesionales de la salud que limitan el acceso a métodos anticonceptivos no reversibles. En este sentido, para el 2009 aun no se estaban aplicando las indicaciones establecidas en las normas vigentes sobre el derecho a la ligadura tubaria y vasectomía.

El observatorio del 2010, se concentra en los profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva. Se trata de un estudio sobre percepciones, valores y prácticas de los equipos de salud, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dentro del estudio realizado, se incluyeron un conjunto de preguntas a lo largo del formulario para explorar las representaciones de los profesionales acerca de algunos asuntos referidos a prácticas sexuales y reproductivas de mujeres y varones.

Observemos entonces algunos de sus hallazgos. Respecto al involucramiento en la anticoncepción, “los profesionales tienden mayoritariamente a sostener que *“los hombres consideran que la prevención del embarazo es un asunto de mujeres”*, siendo los varones profesionales quienes más disienten con esa idea. Frente a la afirmación *“a los hombres no les gusta que sus mujeres usen métodos anticonceptivos”* los profesionales varones, los más jóvenes y los psicólogos manifestaron los porcentajes más elevados de desacuerdo” (MYSU, 2010: 57).

Acerca de la elección del método anticonceptivo los profesionales se mostraron mayoritariamente en desacuerdo (73%) con que sea una *“decisión técnica que deba quedar en manos del profesional”*. Por otra parte, *“la realización de una ligadura tubaria debería ser estrictamente una decisión profesional”*, es una opinión ampliamente rechazada por los profesionales con porcentajes superiores al 80% en todos los segmentos etarios y tipo de profesión. Resultados similares se obtuvieron con respecto a la vasectomía. Asimismo, existe un amplio acuerdo que la decisión de realizar una ligadura tubaria o una vasectomía es de la mujer o del hombre si no hay contraindicación médica para ello. Las mujeres fueron quienes más acordaron con esta opinión (MYSU, 2010: 59).

Respecto al involucramiento de la pareja en la decisión sobre la esterilización, las opiniones tienden a dividirse:

seis de cada diez están de acuerdo con *no involucrar a las parejas* en el caso de la ligadura tubaria y un poco menos cuando se trata de la vasectomía. Las diferencias se aprecian en los ginecólogos y parteras quienes manifiestan estar muy de acuerdo en no involucrar a las parejas cuando se trata de la ligadura, mientras que opinan lo contrario cuando se trata de la vasectomía. (MYSU, 2010: 59)

Esta discordancia merece ser problematizada en relación a la toma de decisiones reproductivas en los varones. Por último, “uno de cada dos profesionales está muy en desacuerdo con la idea de *no realizar vasectomía ni ligadura en personas sin hijos*, mientras que casi dos de cada diez está muy de acuerdo. Los hombres son quienes más acuerdan con la afirmación de no realizar ligadura ni vasectomía a personas sin hijos (55%). Las parteras y las asistentes sociales son quienes más desacuerdan (80% y 73%, respectivamente) (MYSU, 2010: 57).

Si bien, en Uruguay aparecen resistencias tanto para la realización de la ligadura tubaria como para la vasectomía por parte de efectores de salud, resulta interesante indagar en estas apreciaciones. A nivel regional, podemos encontrar algunas referencias.

El estudio de Perrotta y Luciani (2011) realizado en Argentina, analiza el acceso a la anticoncepción quirúrgica en el discurso de los profesionales de la salud destacando el trato diferencial que reciben mujeres y varones a la hora de decidir sobre la ligadura tubaria o la vasectomía, en base a estereotipos de género que obstaculizan el acceso y definen rutas diferenciales en el proceso institucional. Así, concluyen los autores:

los profesionales suelen cuestionar la decisión de las mujeres y buscar justificativos para confirmar que esa mujer efectivamente no quiera tener más hijos cuando no se trata de una recomendación médica por alguna patología orgánica. Sólo aceptan esa decisión en mujeres con muchos hijos y edad avanzada y a veces ni siquiera en esos casos. A diferencia de esta situación, los urólogos no cuestionan la decisión del varón y ni se les ocurre que deba haber consentimiento de su pareja. (Perrotta y Luciani, 2011: 18)

En Uruguay también en el acceso a la vasectomía encontramos cierta tensión en torno a los derechos, control y autonomía sobre el cuerpo y toma de decisiones, aun cuando la norma sanitaria habilite su realización solamente con el consentimiento informado del varón. En este sentido, se diferencia de lo observado para el caso argentino.

La biografía de la vasectomía en Uruguay tiene como eje analítico clave los sentidos de los profesionales de la salud en diálogo con la norma sanitaria vigente y el discurso jurídico que la enmarca.

La investigación dio cuenta de la relevancia que adquiere la noción de “lesión gravísima” en relación a la vasectomía. De los textos relevados y analizados, encontramos esta noción por primera vez en las “Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles)” (MSP 2007). En este documento, la vasectomía es definida como:

un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros que no desean tener más hijos y quienes conociendo plenamente los métodos reversibles se niegan a su uso. En Uruguay, desde el punto de vista jurídico, es considerada una “lesión gravísima” por ocasionar la pérdida definitiva de la función de procrear. Requiere un consentimiento informado por escrito y firmado por el hombre que se va a someter al procedimiento. (MSP, 2007: 73)

¿Qué elementos aparecen? En primer lugar, la vasectomía se definen como un método dirigido a hombres que “están seguros que no desean tener más hijos”, lo que trae implícito que está dirigido a hombres que ya han procreado. En tanto los potenciales usuarios conocen los métodos reversibles y se niegan a su uso, no podría ser elegido como primera opción, o en caso de que se opte por la vasectomía, se estaría incurriendo en cierta actitud de resistencia frente a lo socialmente esperado en términos de anticoncepción. En base a un argumento jurídico, el énfasis está colocado en la vasectomía como práctica que ocasiona la pérdida definitiva de la función de procrear y que en consecuencia, implica una lesión gravísima. En síntesis, en la definición de las Guías, no aparece la vasectomía como un derecho reproductivo ni como una opción anticonceptiva plausible para los varones. Desde el punto de vista

del procedimiento, la vasectomía supone un consentimiento informado por escrito y firmado por el varón¹¹⁶.

¿Cuál es la norma jurídica por detrás de estos sentidos?

El Capítulo II del Título XII (Libro II) del Código Penal uruguayo trata “De los delitos sobre la personalidad física y moral del hombre”. En dicho apartado, el Artículo 316 define las “lesiones personales” como “*cualquier trastorno fisiológico del cual se derive una enfermedad del cuerpo o de la mente*” y afirma que “*el que, sin intención de matar causare a alguna persona una lesión personal, será castigado con pena de prisión de tres a doce meses*”. El Artículo 317 plantea que:

la lesión personal prevista en el artículo anterior es grave, y se aplicará la pena de veinte meses de prisión a seis años de penitenciaría, si del hecho se deriva: 1. Una enfermedad que ponga en peligro la vida de la persona ofendida, o una incapacidad para atender las ocupaciones ordinarias, por un término superior a veinte días. 2. La debilitación permanente de un sentido o de un órgano. 3. La anticipación del parto de la mujer ofendida.

Por último, las lesiones gravísimas están legisladas en el Artículo 318 del Código de la siguiente forma:

318. (Lesiones gravísimas)

La lesión personal es gravísima y se aplicará la pena de veinte meses de prisión a ocho años de penitenciaría, si del hecho se deriva:

1. Una enfermedad cierta o probablemente incurable.
2. La pérdida de un sentido.
3. La pérdida de un miembro o una mutilación que lo torne inservible o la pérdida de un órgano, o de la capacidad de generar, o una grave y permanente dificultad de la palabra.
4. Una deformación permanente en el rostro.
5. El aborto de la mujer ofendida (Código Penal).

116 De acuerdo al Artículo 11 de la Ley N° 18.335 Pacientes y usuarios de los servicios de salud, de agosto del 2008: “Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento”.

La pérdida “de la capacidad de generar” es la pérdida de la capacidad de procreación (Cairoli, 1998) y es esta situación la que se vincula a la vasectomía. Rastreando la noción de lesión gravísima durante el trabajo de campo, intercambiamos con una profesional de la salud, representante del Ministerio de Salud Pública:

¿Qué pasa con la ley 18.426, con esa forma de pensarla como una lesión gravísima?

-Representante institucional: No, la ley no la piensa como una lesión gravísima. Claro. Pero anula lo anterior digamos o...

-Representante institucional: Lo que pasa es que tampoco lo anterior era una ley, ¿viste?

Claro, no está en ningún lado.

-Representante institucional: Claro. En el Código Penal, dice que la «eliminación de una función, es una lesión gravísima» Yo no sé si es la eliminación de una función...Porque la función reproductiva puede estar eliminada antes. Entonces, ¿quién es capaz de definir que eso es la eliminación de una función? Nadie te puede asegurar que la fertilidad es tal, ni nadie te puede asegurar que la fertilidad no es tal. O sea, hasta que no se produce el embarazo, no sabemos si sos fértil. Entonces, esto es lo mismo, ¿viste? O sea, es una interpretación de Códigos que no fueron específicos para determinados temas”.

Claro. ¿Y cómo esa cuestión ambigua se piensa desde los efectores de salud?

-Representante institucional: Claro, ahí viene el mandato. Es un mandato. Los efectores de salud tienen el mandato. Tienen el mandato. Entonces, los efectores de salud tienen el mandato de que la ligadura y la vasectomía se hacen con el consentimiento informado y nada más.

¿Y en la práctica?

-Representante institucional: En la práctica no lo hacen...porque...Primero, quienes lo hacen son los urólogos. Específicamente la vasectomía. Los urólogos no están de acuerdo en hacer vasectomía porque son varones...o sea, hay que permear ese colectivo, que indudablemente, lo estamos haciendo y con bastante éxito...este...y...y en realidad es eso (...) los urólogos que son los que hacen el procedimiento, tienen este...esa...esa barrera, pero no es una barrera...yo no creo que sea una barrera, este...eh, (silencio) de tipo jurídica, ni que ellos la piensen como barrera jurídica. Ninguna de las dos cosas.

Si bien es claro que la pérdida de la capacidad de procreación no es posible en alguien que no la tenga, como es el caso de una persona estéril, desde el punto de vista de la jurisprudencia “siempre se le podrá tipificar al causante una lesión gravísima por la pérdida de un órgano que es el de la procreación. Si la lesión

alterare o destruyera una parte del órgano de la procreación, como puede ser un ovario se asistiría al supuesto de una lesión grave por debilitamiento de un órgano”. Al mismo tiempo, la lesión no tiene por qué haber sido causada en el propio aparato reproductor, como puede ser el caso de una lesión producida en una glándula endócrina, médula o centro nervioso que ocasione la pérdida de la capacidad de procreación. En síntesis, la pérdida “de la capacidad de generar” tal cual está definida en el artículo 318 del Código Penal implica dos hipótesis: la de la pérdida de un órgano y la de la pérdida de la capacidad de procrear que no necesariamente supone la afectación del órgano de la procreación (Cairolí, 1998: 97).

Centrándonos en la vasectomía, en tanto es requisito necesario el consentimiento informado del varón, no se estaría incurriendo en delito ya que el consentimiento es considerando situación previa a la de provocar una lesión gravísima. Es decir, para que una demanda tenga sustento jurídico, la lesión grave debería tener un carácter doloso, implicar un resultado inesperado o buscado para hacer daño. En tanto el resultado es consentido, pierde el carácter doloso y delictivo. Aun así, la noción de “lesión gravísima” se ha cristalizado como fundamento de los profesionales de la salud para no realizar esterilizaciones quirúrgicas a varones.

Uno de los urólogos entrevistados analizaba cómo la práctica de la vasectomía entendida jurídicamente como lesión gravísima, atenta contra los principios que guían a la profesión de la medicina y a la formación recibida para “curar”. Por tanto, el acto en sí de la vasectomía como intervención quirúrgica es evaluado como contradictorio con la “práctica habitual” en tanto supone la provocación de una lesión a alguien que está sano: “es provocar un daño, está bien, con una finalidad justificada, pero provoca un daño; es decir al cortar los deferentes”. De este modo, hay un diálogo interesante entre la norma jurídica y los sentidos asignados al ejercicio profesional de la medicina.

Por otra parte, el argumento jurídico aparece en los discursos de los efectores de salud en relación al miedo a ser demandados en su práctica médica, en general, en

relación a casos que se conoce “de oídas” y que por tanto no es posible constatar desde la propia experiencia¹¹⁷:

Urólogo/a: Además había un marco legal, totalmente restrictivo. Hubo algún caso de demanda planteada por la pareja, de un hombre que se hizo la vasectomía. Demanda a profesionales. Entonces tenías que tener...no era solo el consentimiento informado, común como es ahora. Que es un consentimiento informado común pero básicamente dirigido a la vasectomía o a la ligadura tubaria, cualquiera de los dos. Hacías una nota ante escribano público. Una cosa realmente...donde firmaba el hombre, firmaba su pareja...

¿Y ese caso fue acá en Uruguay?

Urólogo/a: Yo te digo, lo que tengo es el relato de ese caso. No lo sé si fue acá, ni siquiera si existió. No te puedo asegurar. Yo no lo viví. (...) Pero lo que sí es cierto que muchas veces se hacía firmar a la pareja del paciente, eso sí. Pedían el consentimiento también de la pareja.

Recaudos similares por parte de los profesionales, han sido observados en relación a la ligadura tubaria, donde muchas veces los médicos/as ginecólogos/as guiaban su práctica en relación a las “causas médicas” (edad, salud y número de hijos), en desmedro de la consideración de la solicitud de la mujer, aun cuando no se han registrado denuncias por lesiones graves en Uruguay (Rostagnol, 2011). Del Río Fortuna (2013: 30) ha interpretado el temor profesional a la demanda judicial por ligadura tubaria como una estrategia discursiva asentada “en construcciones sociales de orden clasista”, en relación a la toma de decisiones de las mujeres pobres, estrategia donde se entremezclan argumentos biomédicos y connotaciones morales acerca de que estas mujeres no pueden ejercer autonomía.

El 14 de Diciembre del 2006, el MSP lanza un comunicado dirigido al cuerpo médico donde establece que:

La Dirección General de la Salud de esta Secretaría de Estado, recuerda al Cuerpo Médico actuante que rige el decreto N° 258/992, que refiere al deber médico de informar adecuadamente al usuario/usuario y el requisito del Libre Consentimiento Informado, que tiende a recabar la voluntad expresa de los

117 No accedimos a bibliografía de Medicina Legal uruguaya que tratara sobre la aplicación de los artículos sobre “lesiones” del Código Penal en los casos de esterilizaciones quirúrgicas, ni vasectomía ni ligadura tubaria. Sería pertinente una mayor indagación en futuros trabajos sobre este aspecto jurídico y su incidencia en la práctica médica, especialmente, la urológica.

mismos respecto a la realización del acto médico de referencia: esterilización femenina y masculina (ligadura de trompas uterinas o conductos deferentes). Según la disposición vigente, no hay ninguna exigencia al consentimiento de tercera persona alguna; solamente exige capacidad y mayoría de edad de 21 años. Es por ello que, cumpliendo con dichos requerimientos, para realizar la intervención solamente es necesario la solicitud escrita de la persona en cuestión. (MSP, 2006)¹¹⁸

Este comunicado pone de relieve las limitaciones que aparecen en la práctica institucional y supone uno de los escasos discursos sobre vasectomía hasta la promulgación de la Ley 18.426. Su difusión fue definida como uno de los resultados esperados del Primer Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIOD), período 2007- 2011, en el marco del “Desarrollo de una Política Integral de Salud Sexual y Reproductiva que asegure la cobertura universal solidaria y en condiciones de equidad para hombres y mujeres”(INMujeres, 2006).

En respuesta a consultas recibidas a partir de la reglamentación de la Ley 18.426, el Programa de Salud Integral de la Mujer- Área de promoción de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Departamento de Programación Estratégica de la Salud (DIGESA- MSP)¹¹⁹ publica en el año 2012 un nuevo comunicado dirigido al cuerpo médico nacional sobre aspectos prácticos y médico-legales que hacen a la esterilización quirúrgica de hombres y mujeres (ligadura tubaria y vasectomía). En dicho documento, se aclara que tanto la ligadura tubaria como la vasectomía:

- a) Son un derecho de los y las usuarias de toda edad y una obligación de la los prestadores de salud, consagrado por la Ley 18.426 y su decreto reglamentario.
- b) Está indicado ante la sola voluntad del individuo (plasmado en el consentimiento informado válido). No se deben realizar consideraciones o valoraciones respecto a la edad, paridad, patologías, etc. como requisito.

118 El Decreto N° 258/992 de 16 de junio de 1992 reúne una serie de normas sobre conducta médica y derechos del paciente. Posteriormente se aprueba el “Marco Regulatorio de la Asistencia Médica” que ordena y sistematiza las normas legales y reglamentarias vigentes en materia de asistencia médica.

119 El Ministerio de Salud Pública a través del Departamento de Programación Estratégica de la Salud incorpora la perspectiva de género a los diferentes programas prioritarios que lleva adelante.

Asimismo, aclara quiénes pueden firmar el consentimiento informado, incluyendo personas mayores de 18 años (ya que la norma que establecía 21 años como mayoría de edad fue derogada en el año 1995) y personas menores de 18 años no casados de acuerdo a la aplicación del principio de autonomía progresiva contenido en el Código de la Niñez y la Adolescencia. En tal sentido, el MSP aclara a los efectores que “no es punible ni civil ni penalmente la pérdida de la fertilidad cuando es el usuario quien lo solicita y da su consentimiento válido. Al ser un derecho y algo deseado, consentido y logrado de la intervención, ésta no configura un ilícito civil o penal, por lo cual el resultado no es delito ni pasible de sanción. Solo es demandable la malpraxis”. En cuanto a las posibles barreras institucionales, se establece que:

- c) La objeción de conciencia solo aplica en forma individual, debe ser por escrito y obliga a contactar a la usuaria con un técnico que proceda a la misma.
- d) El tiempo máximo de espera es la de una cirugía de coordinación (6 meses). Una demora mayor puede llevar a sanciones a las instituciones
- e) El MSP está y continuará monitorizando el acceso, tiempos de demora y número de ligaduras tubarias y vasectomías que realizan los prestadores (DIGESA-MSP, 2012)

La necesidad de publicar este comunicado desde las autoridades ministeriales deja nuevamente en evidencia las barreras institucionales y profesionales para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a pesar de que las barreras jurídicas estarían saldadas.

ii- Acceso a la vasectomía.

En diciembre de 2010, varios medios de prensa publicaron la noticia de que la vasectomía y la ligadura tubaria comenzarían a realizarse a precio de receta médica:

Vasectomía y ligaduras tubarias a “precio de ticket”. A partir de enero, cualquier hombre podrá hacerse una vasectomía, al tiempo que las mujeres tendrán la posibilidad de ligarse las trompas en la mutualista donde se atienden a un costo menor del actual. “Podrá ser a través de tasas moderadoras o de tickets”, (...) a fines del mes que viene se comenzará con la entrega de preservativos y pastillas anticonceptivos en las instituciones de salud privada, como lo indica el decreto que está por aprobarse. “Hoy las mutualistas no brindan el servicio de ligadura tubaria si no se paga. Si una mujer se quiere ligar las trompas, no puede, tiene que pagar”, (...) esta situación cambiará el mes que viene. “A partir de enero, los hombres podrán hacerse la vasectomía y las mujeres la ligadura tubaria en la mutualista, porque son intervenciones que están comprendidas dentro de lo que se podría llamar la 'canasta básica' que tienen que ofrecer obligatoriamente las instituciones para dar una atención integral. (Portal 180, 21/12/2010)

Otra nota planteaba: “desde el 1ero. de enero de 2011 todos los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán sumar a sus prestaciones la vasectomía y la ligadura tubaria. Ambas serán gratuitas” (La Red21, 29/12/2010). Se trataba un tema novedoso en la prensa. Muestra de ello es que la única nota de prensa previa a la que accedimos sobre esta temática tiene fecha julio del año 2009 y fue publicada bajo el título “Cosa de hombres” con el siguiente encabezado: “Rápida, ambulatoria y de bajo riesgo, la vasectomía es un tema del que poco se habla, aunque algunos tomen ese camino radical cuando piensan en planificación familiar”. Al no estar la Ley reglamentada, la nota plantea que: “una vasectomía suele cobrarse entre 1500 y 2500 dólares en forma privada, pero puede ser más accesible (hasta una tercera parte) en una ONG, e incluso llega a realizarse gratis en Salud Pública”. También refiere al asesoramiento brindado desde la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar. (Revista Paula, Julio/2009).

El nuevo escenario que coloca la Ley Nro.18.426 ofrecería las condiciones habilitantes para quienes opten por la vasectomía y universalizaría su acceso con la modalidad que establezca cada institución sanitaria. Dicho acceso se daba al momento del trabajo de campo, de modo muy diverso.

Analizar el acceso a la vasectomía en la actualidad, implica por un lado dar cuenta de la magnitud de las vasectomías realizadas, en relación a ligaduras tubarias

y en relación al asesoramiento en torno a métodos anticonceptivos reversibles. Por otro lado, implica dar cuenta de los distintos servicios recorridos por los usuarios en los distintos niveles de atención en salud.

De acuerdo a datos proporcionados por el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, durante el primer semestre del año 2013 se realizaron aproximadamente 100 vasectomías y 900 ligaduras tubarias en el ámbito público y privado en todo el país, en el marco de la implementación de la Ley 18.426¹²⁰ (La República, 19/7/2013). Para el caso brasilero, Del Río Fortuna (2013) identifica una situación similar en la relación entre la mayor cantidad de ligaduras que de vasectomías practicadas.

Considerando la ausencia de registros previos, es difícil evaluar el impacto que ha tenido la Ley en relación a la cantidad de vasectomías realizadas. Por otra parte, el diagnóstico Línea de Base realizado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2011 (Iniciativas Sanitarias- MSP, 2011) relevó las prestaciones y motivos de consulta en relación a anticoncepción quirúrgica, pero el informe disponible no recoge información sobre vasectomías, por lo tanto, no es posible realizar análisis comparativos¹²¹.

Colocando el foco en las trayectorias profesionales, resulta sugerente dar cuenta de la cantidad de vasectomías realizadas por uno de los urólogos entrevistados, que al momento del trabajo de campo, había realizado aproximadamente 7 vasectomías en toda su carrera, *“todos la hacemos, la hacemos poco”*, nos decía. De acuerdo a las instituciones donde se desempeñaba como profesional, la distribución era la siguiente: en diez años de trabajo en policlínica en el ámbito público, había realizado 3 o 4 vasectomías; en catorce años de trabajo en policlínica a nivel privado-mutual había realizado 2 vasectomías; en el ámbito de seguro privado, había realizado 1 vasectomía y por último, en su clínica particular,

120 Las ligaduras tubarias se coordinaron como tales, por tanto no se incluye en esa cifra las ligaduras tubarias realizadas en contexto de cesárea.

121 El Ministerio de Salud Pública llevó a cabo durante el período 2012-2013 un monitoreo de los servicios de salud sexual y reproductiva y sus prestaciones, en todo el país pero no fue posible acceder al Informe.

solamente había orientado a dos varones que consultaron por vasectomía. En relación al contexto actual, otro/a urólogo/a entrevistado/a relató recibir 3 o 4 consultas mensuales por motivo de vasectomía.

Si bien estos datos no permiten realizar generalizaciones, dan cuenta de cómo la vasectomía ha sido una práctica quirúrgica poco habitual dentro de la disciplina urológica, que en el caso uruguayo, se ha ocupado fundamentalmente del campo de la oncología y recientemente, de las llamadas disfunciones sexuales.

Del diagnóstico 2012 de salud sexual y reproductiva realizado por el equipo coordinador de referencia de RAP-ASSE no se desprenden datos de prestaciones, pero es interesante rescatar las conclusiones del Informe que dan cuenta de un contexto poco propicio para el abordaje de la salud reproductiva del varón:

la concepción de la SS y SR se encuentra fuertemente ligada y dirigida a la mujer en las diferentes etapas de su vida, fundamentalmente la reproductiva y por otro lado la concepción hegemónica del binomio madre-hijo. Este concepto no sólo se manifiesta en lo discursivo, en el contenido de los programas y en las prácticas sino también en los roles profesionales de quienes hemos sido designados para la función de referentes en SS y SR, mayoritariamente: parteras y ginecólogo/as. En consonancia con lo antedicho se enfatizan el control de embarazo y la anticoncepción como emergentes principales de la temática. De esta forma, se restringe la visión quedando invisibilizados otros aspectos de la SS y SR que consideramos de gran relevancia y que se encuentran además contemplados en la normativa como parte o como aspectos esenciales del área. Enunciamos algunos de ellos que nos parecen ejemplarizantes: sexualidad, diversidad sexual y masculinidades. (Ferreira, ed alter, 2012: 13)

De acuerdo a la legislación vigente, la ruta que debería seguir un varón para el acceso a la vasectomía sería la siguiente: *“Va al servicio de salud sexual y reproductiva, se lo plantea. Le tienen que dar el documento [de consentimiento informado], tienen que llenar la hoja de anestesia, y esperar no más de seis meses para que le hagan la [vasectomía]”* (Representante ministerial). El costo total que acarrea la realización de la vasectomía implican el pago de una orden (ticket) para consultorio, una orden para consulta de anestesista (especialista), y el costo de los exámenes que puedan ser solicitados para realizar el procedimiento, mientras que la internación no implica costo para el usuario. El costo de las órdenes que se cobra a los usuarios depende de

la institución prestadora de salud de la que se trate y se encuentran reguladas por el Ministerio de Salud Pública a través de tasas moderadoras. Esta ruta “modelo” en el marco de un servicio de salud sexual y reproductiva que surge de la Ley, se corresponde a la realidad de los servicios de atención mutua (denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva), explorando para esta investigación el acceso a la vasectomía, en tres de ellas.

Mientras tanto, el caso de la Red de Atención Primaria¹²² cobra un especial interés, en un contexto de fragmentación del sistema de salud uruguayo, donde los trayectos que los usuarios deben transitar dentro de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, se ven dificultados por no existir una adecuada integración entre los distintos niveles del sistema de atención, ni entre los distintos servicios del primer nivel, como entre las policlínicas barriales y los centros de salud territoriales (Evia, 2014). Para el caso que nos ocupa, el acceso a la vasectomía, un aspecto clave es la ausencia de la especialidad urología dentro de la Red de Atención Primaria, e incluso la no visualización de esta especialidad como relevante dentro del primer nivel, como sí ha sucedido con la ginecología- obstétrica cuya inclusión se ha institucionalizado¹²³. Ello conlleva la necesidad de articulación con otros niveles del sistema de atención en salud (derivación a hospitales de segundo o tercer nivel¹²⁴) y otras temporalidades.

122 En este trabajo no indagamos en el caso de la Atención Primaria en Salud de las Policlínicas que dependen del gobierno departamental (Intendencia Municipal de Montevideo).

123 Al momento del trabajo de campo, fue mencionado un proyecto que buscaba implementar una policlínica urológica en la RAP- ASSE.

124 En el caso de los usuarios de ASSE se derivan al Hospital Pasteur o al Hospital Maciel (de acuerdo a un criterio geográfico). Los usuarios que tienen carnet de asistencia del Hospital de Clínicas (universitario) pueden atenderse allí además. Vale aclarar que en estos servicios de atención donde sí hay prestaciones en urología, no existen servicios de salud sexual y reproductiva integrales como se encuentran disponibles en el nivel privado-mutual. Cabe consignar que en el único Hospital que existe un servicio de salud sexual y reproductiva es en el Centro Hospitalario Pereira Rossell que tiene como población objetivo la “atención actores sociales de gran vulnerabilidad, como lo son los niños y las mujeres, y dentro de estos grupos, los sectores de menores recursos” (Hospital Pereira Rossell, sitio institucional). Por tanto dicho hospital, no incluye entre sus prestaciones la atención a varones (incluso, una de las integrantes del equipo nos relató la prohibición de atender varones en este servicio).

Las integrantes del equipo coordinador de referencia en salud sexual y reproductiva de la RAP-ASSE relataban que existía un 300% de demanda insatisfecha de urólogos para usuarios del primer nivel en temas tan delicados como cáncer de próstata, lo que hacía colocar la demanda de vasectomía en un “*ultimísimo lugar*”. Lo interesante es que la objetivación de la ruta de la vasectomía para el caso de la RAP-ASSE se da a punto de partida del trabajo de campo de esta investigación, lo que da cuenta del modo en que esta práctica ha sido tradicionalmente invisibilizada en el sistema de salud:

ECR2: (...) Un poco el disparador fue tu consulta. Empezamos a ver un poquito que no funcionaba...

ECR3: Pero me parece que está buenísimo que cualitativamente para ella por lo que está estudiando, quede esto bien establecido. Que lo que precipita esta indagación acerca de los servicios es tu contacto. Que nosotras mismas que decimos todo esto, también nos comía esto otro. Todo esto del componente de la mujer, el género, el embarazo, ni hablar, y la sífilis. Que nosotras también padecemos internamente las mismas tensiones que el resto. Porque somos parte de la Institución. Y que estuvo buenísimo el acercamiento contigo y que vos ponés sobre la mesa este tema para...y que precipita toda esta indagación.

ECR2: A nivel de ASSE, por lo que vimos, se han hecho tres vasectomías más o menos en cinco años, más o menos, por lo que nos contaron los urólogos. (Risas) (...) Eso fue lo que salió de charla con los urólogos del Pasteur. En el Clínicas no se hacen vasectomías como hace cuatro o cinco años (Risas). Así que imagínate, estamos mal, estamos mal. (Entrevista colectiva a equipo coordinador de referencia en RAP- ASSE)

Esta indagación que relatan integrantes del equipo coordinador de referencia de la RAP-ASSE tuvo como consecuencia el relevamiento de los cupos disponibles para vasectomía para usuarios del primer nivel de atención y la elaboración de un documento dirigido a los referentes de los Centros de Salud al que denominaron “Ruta de Acceso a la vasectomía desde Rap Montevideo y Red Metropolitana” (2012), en base a los acuerdos generados con los servicios hospitalarios respecto a las derivaciones de usuarios de Rap-Asse que quisieran realizarse la intervención.

En el Hospital Pasteur los cupos para vasectomía están incluidos en los cupos totales para especialidad urología que le corresponde a la Red de Atención Primaria. De acuerdo a los datos proporcionados por la Dirección de la RAP-ASSE al ECR, los cupos se encontraban en el entorno de 28 para ser distribuidos mensualmente en catorce Centros de Salud, lo que implicaba 2 cupos para la especialidad urología mensualmente para cada centro¹²⁵. Esta situación conlleva una espera mínima aproximada de un año para que el usuario pueda acceder a la consulta urológica y luego, concretar la intervención, lo que en términos operativos acarrea además, ajustes en la coordinación de los exámenes de rutina que se exigen en la ruta de acceso a la vasectomía¹²⁶. Sin embargo, el requisito de que la derivación a policlínica urológica especificara que “*procede de servicio de salud reproductiva de RAP*” fue acordado como una estrategia *ad-hoc* de reducción de tiempos de espera, lo que da cuenta del modo en que los servicios de salud son movilizados a partir de la implementación de la Ley.

Durante este relevamiento, aparecieron resistencias frente al acceso a la vasectomía por parte de algunos urólogos consultados. Entre los requisitos mencionados para la intervención se mencionó la edad mínima del varón (también de su pareja), la cantidad de hijos y en una oportunidad, se mencionó la consulta psicológica previa. Este tratamiento de la demanda que se aleja de lo planteado por la normativa puede ser considerado como una tendencia a la patologización del proceso de decisión anticonceptiva.

Al mismo tiempo, la indagación realizada en la RAP-ASSE dio cuenta del desconocimiento de muchos urólogos desempeñándose en el nivel hospitalario, de la

125 Durante 2011 (datos de junio-diciembre) un promedio de 29 cupos y durante 2012 (datos de enero- agosto), un promedio de 27. El Hospital Pasteur es el único Hospital que da cupos. Algunos Centros de Salud referencian directamente al Hospital Maciel. A partir de mayo 2012 el Hospital Maciel limita la referencia con Urólogo por lo que se incluyó a algunos de estos centros en los cupos del Hospital Pasteur (Dirección RAP-ASSE, 2012)

126 Para el Hospital Pasteur las rutinas preoperatorias incluyen: homograma, crasis, HIV, VDRL, AgHbs, grupo sanguíneo y otros exámenes dependiendo de factores de riesgo (RAP- ASSE, 2012).

normativa vigente respecto al derecho a la anticoncepción quirúrgica y la escasa problematización de la posible objeción de conciencia para el caso de la vasectomía, que implicaría derivación a otro profesional. Estos aspectos requieren de mayor indagación en tanto barreras para el acceso a la vasectomía, fundamentalmente en relación a las prácticas docentes que se desarrollan en algunos de estos centros hospitalarios.

Ahora bien, de la entrevista al equipo coordinador de referencia de la RAP-ASSE, emerge que el *varón-paciente-usuario* en torno a la vasectomía aún no existe, “no tenemos ninguno”, pero que para que exista demanda, es necesario realizar acciones de sensibilización, tanto a la interna de los equipos profesionales de la salud, como hacia la población en general, evitando así que algunos “*hombres quieran, y no lo logren*”:

ECR3: (...) Nosotros estamos imaginando...cuando vos como representante del equipo vas a estos urólogos, te estás imaginando una demanda. Estás imaginando un hombre que quiere hacer una vasectomía. Atravesaste todas, todas, esas otras barreras y te colocaste en una teórica demanda y cómo ocurriría. Es de un nivel, de...no sé, no es una barrera, es el Muro de Berlín, ¿me explico?

Sí seguro.

(Risas)

ECR3: Cuando un hombre o una pareja logró atravesar todas esas barreras, que son inmensas, que están llenas de mensajes cotidianos por todos lados. Y logra llegar a solicitar un servicio, al cual tiene derecho, todas esas otras barreras técnicas, institucionales, ideológicas, bla, bla, lo van a inundar. Es como un freno terrible. (Entrevista colectiva a equipo coordinador de referencia en RAP- ASSE)

Y aparece aquí una metáfora interesante: la del varón-mártir: “*en toda lucha hay un mártir*” afirmaron. Se trata de aquel varón que potencialmente podrían atravesar estas barreras institucionales, culturales o de formación significadas como “*Muro de Berlín*”. Popularmente, un mártir es un testigo, alguien a quien se persigue por la defensa de una causa y por tanto, su quehacer está vinculado a la valentía y al honor. Para nuestro estudio, la idea de un varón que en la ruta por el acceso a la vasectomía desde el Primer Nivel de Atención adquiriera el estatus de mártir,

implicaría conceptualizar una práctica racional orientada a cuestionar el campo feminizado de la salud reproductiva. En cierto sentido, una prueba de virilidad (Viveros, 1998: 159). Observamos en esta metáfora cómo se ponen en juego las masculinidades idealizadas, noción que trasciende el análisis de los varones concretos e implica “un modo de representar un sistema para producir diferencias morales”, proceso donde también intervienen elementos identitarios nacionales (Archetti, 2003: 161) como la abnegación o la heroicidad.

De modo interesante, las representaciones de los efectores de salud que se desempeñan en los servicios de salud sexual y reproductiva en el nivel mutuo sobre los *varones-pacientes-usuarios* con los que tratan actualmente en el marco de la implementación de la Ley, se alejan del ideal de mártir, minimizando tanto la complejidad de la ruta de acceso a la vasectomía, como el proceso de la toma de decisiones, representaciones que serán analizadas en el siguiente apartado.

iii- De decisiones distinguidas a la vasectomía como método anticonceptivo.

Retomando el análisis propuesto por Viveros et al. (2008) para dar cuenta de la biografía de la vasectomía en Uruguay, si bien esta investigación no profundizó en los procesos subjetivos de los varones que ingresan al campo de la salud sexual y reproductiva, las entrevistas en profundidad realizadas en la etapa exploratoria a varones que optaron por la vasectomía, analizadas en diálogo con las representaciones de los efectores de salud sobre los usuarios de los servicios, permite plantear dos grandes relatos sobre la decisión de la vasectomía. Un primer relato implica significar la vasectomía como una *decisión distinguida* en términos de Bourdieu (1998), mientras que un segundo relato implica significar la vasectomía como una *decisión por un método anticonceptivo*.

El primer relato lo encontramos entre los varones que hemos contactado para la investigación por haber optado por la vasectomía y que han concretado la intervención en otros países o lo han hecho en acuerdo de complicidad con un médico de la especialidad urología previamente a la reglamentación de la Ley 18.426.

Una primera apreciación de los contactos realizados con varones que han pasado por la experiencia de la vasectomía fue la necesidad de reflexionar en torno al estrato social al que pertenecían ya que en general podemos decir, presentaban un capital cultural alto, siendo varones profesionales o vinculados a ámbitos académicos¹²⁷. Surgió entonces el interrogante sobre cómo conceptualizar la pertenencia sociocultural de los varones que han optado por la vasectomía, cómo recomponer en la investigación la categoría de *clase social* en relación a la categoría de *género* en tanto criterios clasificatorios¹²⁸. Preguntas relevantes durante esta etapa fueron: ¿quiénes son los varones que optan por la vasectomía en Uruguay?, ¿cuáles son las competencias específicas en este campo?, ¿qué estilos de vida están en juego?, ¿cuáles son los modos en que los agentes expresan sus elecciones culturales, las maneras de hablar, de usar el cuerpo y las formas de regular su fecundidad?

Los aportes de Bourdieu echaron luz a estas interrogantes, en tanto permiten abordar los “fundamentos sociales que explican las desiguales condiciones de

127 Es preciso tener en cuenta que la técnica de “bola de nieve” utilizada en la etapa exploratoria para el contacto con varones que han pasado por la experiencia de la vasectomía, sesga el acceso a varones pertenecientes a sectores sociales cercanos al que yo pertenezco.

128 Bourdieu pone en relación las estrategias de acumulación cultural de los pequeño-burgueses ascendentes con sus estrategias de fecundidad que son “las de la gente que no puede lograr su acumulación inicial de capital económico y cultural más que al precio de una restricción de su consumo, *restricción* destinada a concentrar todos los recursos en un número pequeño de descendientes, encargados de prolongar la trayectoria ascendente del grupo”. Se trata así de una fuerza que actúa de “forma negativa”. La tasa de fecundidad se explica –de acuerdo a su modelo– en relación a estas lógicas de clase. En particular, dirá que en las clases medias “cuyas probabilidades de ascensión son incomparablemente más altas (...) las tasas de fecundidad se mantienen en un mínimo (...). Con la clase dominante, la tasa de fecundidad vuelve a subir mucho, atestiguando que la reproducción biológica no cumple la misma función en el sistema de las estrategias de reproducción de estas categorías que solamente tienen que *mantener* su posición” (Bourdieu, 1998; 335-336).

participación en el universo de la cultura legítima, sancionada, impuesta como norma de la persona educada, civilizada” (Sorá, 2009: 4).

Tomaremos para el análisis el caso de Facundo y de Emilio, varones adultos que se desempeñaban en ámbitos académicos y activistas, estando vinculados por sus trayectorias de vida, al campo de los derechos sexuales y reproductivos. Ambos eran padres al momento de la opción por la vasectomía, y habían concretado la intervención luego de sus 40 años y fuera del país, en Colombia¹²⁹.

Para Facundo, la opción por la vasectomía fue definida como una “posición ideológica” desde la convicción de compartir la responsabilidad de la anticoncepción en la pareja y cuyo costo corporal puede ser asumido también por el varón. Su reflexión involucró la ruptura con “concepciones tradicionales” y con prejuicios frente a la práctica de la vasectomía como la popular asociación con la idea de castración. Describió el proceso de decisión de la siguiente forma:

No fue ninguna decisión dramática ni mucho menos, sí pensada y obviamente elegida pero no fue una cosa para nada dramática, como un método anticonceptivo simplemente, pero atendiendo, o sea, un poco con la cabeza de que esa responsabilidad de no criar más hijos, no era cuestión solamente de la mujer, sino que podía ser del hombre, obviamente. Entonces, antes de ligar las trompas o no sé qué, yo me puedo hacer una vasectomía, no hay ningún drama. (Facundo)

Para Emilio, la opción por la vasectomía fue definida como “un acto casi militante” que implica superar modelos de género interiorizados (“es una cuestión tan, tan difícil de asumir sino tenés la cabeza cambiada...puesta en remojo”) aun cuando se trate de varones políticamente progresistas. La experiencia de Emilio fue modelo para otros varones:

Varones que estaban muy vinculados a nosotros en algún momento se les ocurrió que podían [hacerse la vasectomía]...tenemos la impresión de que incluso amigos nuestros, alguno que otro...en el fondo tienen, no están muy...

129 De los trabajos de Viveros se desprende que en Colombia hay una vasta experiencia de clínicas con oferta de vasectomía. Otros varones contactados que no fueron entrevistados se habían realizado la intervención en México.

nada convencidos...hasta los que lo hicieron, yo creo que lo hicieron con dudas.
(Emilio)

Como en la bibliografía revisada aparece como relevante el rol de los pares en la toma de decisiones y el modo en que, muchas veces, las barreras culturales o ideológicas vuelven a aparecer, poniéndose en cuestión la idea de autonomía. En el caso de Emilio y su compañera, relataron además, que su experiencia sirvió de ejemplo para uno de sus hijos que también optó por la vasectomía.

Así, aparece en ambos casos la idea de “militancia” o “posición ideológica” vinculada a la equidad de género como motor de la decisión lo que se vincula también con sus trayectorias de vida vinculadas a los derechos sexuales y derechos reproductivos. Resulta productivo atender al análisis de lo que Archetti (2003) llama “moralidades masculinas”, criterios clasificatorios o demarcatorios entre lo que es bueno y lo que es malo; las identidades de las personas, se vinculan así a la producción de agentes morales. Este “acto casi militante” de Emilio o “posición ideológica” de la que nos habla Facundo, puede entenderse entonces como una “posición moral” que establece un criterio demarcatorio y que -de acuerdo a sus experiencia biográficas- les permite reflexionar por ejemplo, sobre los varones machistas-varones no machistas, evidenciando quizás, lo que podría ser una oposición fundamental:

...en Suecia también y en otros países, nórdicos o noreuropeos como Holanda... donde yo sé (...) que los tipos “son los más liberales y todo...” Hay tipos de terror, o sea, que no son excepciones, son recontramachistas, sexistas, pedófilos, son de todo...una asquerosidad. Ahora por ejemplo, en Europa del Este, que está integrando la Unión Europea hay como un patrón de Holandeses que se juntan con chicas de Europa del Este que le son obedientes... y es un patrón, ¿entendés? Se plantea esa relación totalmente autoritaria y acá el que manda soy yo y mi sumisa esposa... Pero hay un patrón de gente que es así. (Facundo)

Podemos conceptualizar estas moralidades planteadas por Facundo como “gustos”, o “distinciones” y volver a Bourdieu en la noción de que “cada gusto se siente fundado por naturaleza –y casi lo está al ser *habitus*-, lo que equivale a arrojar a los otros en el escándalo de lo antinatural” (Bourdieu, 1998: 54). Para el caso de

Facundo, se produce una dicotomía: Natural/no machismo versus Antinatural/machismo. Del primer lado, se colca a él mismo, “hombres como él”; mientras que del otro lado cae “el resto de los varones”: “*recontramachistas, sexistas, pedófilos (...) una asquerosidad*”.

Volviendo a Facundo, él mismo reflexiona sobre esta “doble moralidad en juego” y las contradicciones que engendra –potencialmente- la decisión. En particular, la doble interpretación que puede darse a la vasectomía: bien como un método “igualitario”, bien como un método conservador de las jerarquías, en tanto permitiría al varón tener una vida sexual por fuera de su pareja, sin riesgos de paternidad no deseada. Esta discusión la habían tenido él y su pareja en el proceso de decisión y fue un eje central de la entrevista.

Si, si. (Silencio corto) Y lo otro, que te quería contar relacionado a eso, es que más bien, en algún momento, o sea...se me cruzó por la cabeza el dilema biológico si se quiere ¿no es cierto? y que fue tema de discusión entre nosotros también como pareja. El tema de la vasectomía como método anticonceptivo ¿no?, pero contrario a la motivación original que nosotros teníamos, la motivación ideológica además, que podía ser el varón el que asume esa responsabilidad, también lo llegamos a discutir como su antítesis totalmente ¿no es cierto? En el sentido de que también puede ser concebido como un método, simplificándolo... el modo feminista, sino totalmente machista, no es cierto, de alguien que quiere andar por la vida cogiendo con todo el mundo, sin preocuparse de embarazar a nadie porque ¿no? Como que quiere tener relaciones extramatrimoniales también, sin preocuparse de que va a quedar embarazada, porque no queda embarazada ¿entendés? O sea, que puede existir la motivación para hacerse una vasectomía, no solamente con una ideología feminista, digamos entre comillas, sino que también lo puede hacer un recontra macho machista, si el tipo...o sea...si pone de lado esa concepción de que la vasectomía sería una castración, yo qué sé...sino que si lo ve como lo que es, bueno, al revés, puede ser casi un argumento machista para tener, andar cogiendo con Dios y todo el mundo.

El trabajo de Viveros (2002) da cuenta de situaciones de este tipo, donde la vasectomía resulta un “habilitador” para ser infiel, sin riesgos de embarazos no deseados.

Por último, cabe realizar una reflexión en torno a que al momento de realizar la entrevista a Facundo, me sentí “decepcionada” en tanto el proceso de toma de

decisiones que él relataba aparecía invisibilizado. No había un “proyecto” evidente en su biografía, dejando planteada una noción de espontaneidad en la toma de decisión: “O sea, no es un tema central hoy en día en mi vida. Y nunca fue un tema central en mi vida. Fue una decisión tomada en un momento, que no tuvo repercusiones ni inmediatas, ni futuras, ni nada, más que las deseadas, tá listo”. Algo similar ocurrió en la entrevista con Emilio cuando planteó que la decisión “en mi caso, estaba cantado”.

La opción por la vasectomía aparecía así, de cierta forma, naturalizada en los ámbitos de sociabilidad y en las familias. Decía Facundo: “Sí (mis hijos) lo saben, porque digamos que obviamente no es un tema tabú ni mucho menos, pero yo qué sé, como fue hace tantos años, como que no, no tiene ningún dramatismo, ni para nosotros, ni para mí, ni para ellos tampoco”. En el caso de Emilio, la forma en que se involucra su pareja (quien hasta ese momento había planificado la realización de una ligadura tubaria) y sus hijos, coloca en escena la idea de la vasectomía como “regalo” familiar¹³⁰. Ana, compañera de Emilio recibe un telegrama desde Colombia donde Emilio le dice “Voy con regalo”:

Entonces los niños estaban ahí y eran chiquitos (...) “Viene con regalo, ¿qué será el regalo?, a lo mejor es un cargo, nos vamos a ir a trabajar a otro país”. Qué sé yo (...) Nadie estaba esperando un objeto, era como...era otra cosa. Y en una (...) “¡Ah, ya sé lo que fue! ¿Qué fue? Que nada, que papá se hizo la vasectomía. ¿Y qué es eso?” Entonces les expliqué. Y eran bien chicos. Porque yo creo que Gonzalo tendría cinco años o seis. (Ana)

Intentando ir más allá de esa idea de “naturalidad” con que se vive la decisión sostenemos que el *habitus* en juego, aparece como la fuerza impersonal, que predispone a un actuar personal: “estructura, estructurante, estructurada”. Por último, cabe aquí alejarse -en el sentido que lo hace Bourdieu- de la noción de “dones naturales” y adoptar la idea de procesos de aprendizaje para la disposición estética, vinculada necesariamente a las condiciones materiales de existencia y al capital cultural, términos en relación. La familia y la escuela aparecen como los dos espacios

130 Considero que esta idea de “regalo” del varón a la pareja y su familia en relación a la vasectomía merece ser profundizada desde la antropología del intercambio o reciprocidad, en futuros trabajos que indaguen en las subjetividad de los varones que pasan por esta experiencia.

en que se constituyen por su propio uso, las competencias específicas: “la competencia es tan más imperativamente exigida y tanto más “gratificante”, y la incompetencia tanto más rigurosamente sancionada y tanto más “costosa”, cuanto mayor es el grado de legitimidad de un determinado campo” (Bourdieu, 1998: 85). Aparece aquí la noción de estrategia de los agentes, estrategias subversivas y subordinadas según donde se posicionen en el campo.

En la etapa exploratoria de la investigación quedaba entonces planteada la interrogante ¿cuáles son las capacidades de los varones que optan por la vasectomía como agentes para subvertir el orden del campo feminizado del control de la fecundidad?

Retomamos esta pregunta en la segunda parte del trabajo de campo, donde analizamos las representaciones que tienen los efectores de salud de los varones que optan actualmente por la vasectomía, en el marco de la Ley 18.426. Es en estas representaciones donde aparece el segundo relato que significa la vasectomía simplemente como una *decisión por un método anticonceptivo*.

Si bien la vasectomía es efectivamente una opción anticonceptiva, lo que apareció en las entrevistas a efectores fue una estrategia discursiva¹³¹ de “minimización” del proceso de toma de decisiones de los varones usuarios en la opción por la vasectomía. Esta idea se torna relevante si la ponemos a dialogar con la idea de *decisión distinguida* que aparecía en la etapa exploratoria y en relación a aquellos varones que lograron traspasar barreras culturales y materiales para realizarse una vasectomía en Uruguay, en un contexto institucional no habilitante. Así, las representaciones de los efectores de salud que se desempeñan en los servicios de salud sexual y reproductiva en el nivel mutuo sobre los *varones-pacientes-usuarios* con los que tratan en el marco de la implementación de la Ley, se alejan del ideal de *mártir* que aparecía como usuario demandante imaginado en el primer nivel de

131 Se trata de una estrategia discursiva en tanto describe un sujeto que aun sin coincidir empíricamente con los usuarios concretos, produce y reproduce sentidos en torno a la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*.

atención. Se minimiza entonces, tanto la complejidad de la ruta de acceso a la vasectomía en la actualidad, como el proceso de la toma de decisiones.

Sin embargo, al representar a los *varones-pacientes-usuarios*, los efectores de salud de nivel mutual ponen en juego otras moralidades para pensar el ser varón en Uruguay, como el valor de la familia y el cuidado de la pareja.

¿Y de las vasectomías que has hecho en el marco de la implementación de la ley, cuáles son los argumentos de los varones?

Urólogo/a: Los argumentos siempre son los mismos. Que no quieren tener más hijos porque no los van a poder mantener como quisieran. Hay a veces algún argumento médico. En general las que tienen causas médicas para no quedar embarazadas son las mujeres. Nunca son los varones. Yo a veces en eso a veces les hago pensar y les cuestiono. Que yo creo que el que tiene riesgo de vida o de enfermedad, con una nueva gestación es la mujer, la que debe esterilizarse es la mujer. Para mí conceptualmente como médico creo que es así. Vos no tenés por qué esterilizarte vos por más que la cirugía sea mayor. Yo lo pensaría como mujer. ¿Por qué yo voy a dejar a mi marido estéril si la que tiene que no poder tener más hijos soy yo? Pero bueno a veces yo se los digo, pero en el contexto de la pareja y entendiendo y a veces el marido se pone en el lugar de la señora o también la persona tiene riesgo para las anestias, bueno, se decide. Pero son los menos. Esos son los que te venían y te insistían más antes. Ahora es simplemente como método anticonceptivo.

En este relato se pone en juego la imagen del varón que demanda actualmente por vasectomía simplemente como método anticonceptivo, en contrapunto con una imagen del varón que asume un costo corporal frente a ciertas “causas médicas” de su pareja. Esta última imagen se ubica temporalmente en el momento previo a la implementación de la Ley 18.426 y los sentidos que encierra, la acercan a la idea de *decisión distinguida* que aparecía entre los varones entrevistados.

Sin embargo, en los relatos de los efectores de salud, no desaparece completamente la imagen del varón “protector” de la familia y la pareja.

Tengo conocimiento de casos (...) que han ido y le han dicho “eso acá, no se hace”. (...) El último fue un enfermero, que la mujer es muy joven, y tiene un

cáncer de mamas, y ella tenía su DIU, y mientras tuvo todo el tratamiento dejó de menstruar, y ahora empezó a menstruar de vuelta. Tiene su DIU colocado, ya cumple los diez años, habría que cambiarlo o hacerle una ligadura a ella. Lo que nos plantea es “yo no quiero que a ella se le haga una nueva cirugía” (...) O sea, más allá de la sola voluntad del varón hay una sola voluntad de acompañar a su pareja en este proceso”. (Representante ministerial)

Lo que sostenemos es que a diferencia de la *decisión distinguida*, la vasectomía como *método anticonceptivo* encierra además la idea de derechos reproductivos ganados por los varones (“*la sola voluntad del varón*”) que legitima el argumento por la opción anticonceptiva (“*acompañar a su pareja*”). Acceder a la vasectomía ya no supone traspasar barreras de forma heroica, sino más bien, una actitud de reclamo del derecho adquirido. Reclamo que no está exento de tensiones.

Ahora bien, ¿quiénes son los varones que reclaman actualmente derechos reproductivos? Cuando los/as efectores/as de salud describen a los *varones-pacientes-usuarios* de los servicios de salud sexual y reproductiva, tienen en mente un varón heterosexual, de clase media y blanco. Sin embargo, la dimensión de raza-etnia (la blanquitud) del *varón-paciente-usuario* no aparece como dimensión enunciada para pensar los modos de ser varón en términos de decisiones reproductivas y anticoncepción. Ello puede entenderse como el carácter racial de la experiencia blanca y el espejismo de una blanquitud no marcada planteado por Viveros. La autora se refiere a la necesidad de “nombrar la blanquitud como modelo identitario de las élites nacionales con el fin de desplazarla de ese estatus de no marca y no nominación que no es sino un efecto de su dominación”. Este ejercicio permite rescatar la experiencia del privilegio de los hombres latinoamericanos de los sectores sociales dominantes también desde una perspectiva de interseccionalidad, lo que coloca nuevos desafíos para el análisis de las desigualdades (Viveros, s/f). Rescatar la experiencia del privilegio de los varones blancos en Uruguay complejiza los debates en torno a la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*, aportando elementos para pensar los sujetos que tienen en mente las políticas públicas en salud y los efectores de salud cuando refieren a derechos sexuales y reproductivos de los

varones. Este aspecto requiere ser profundizado en el contexto de un Estado-Nación que históricamente ha configurado su identidad en la anulación de la diversidad (Guigou, 2000). Ello porque como se ha observado en otros trabajos, no es posible formular derechos universales, ciegos a las diferencias (Jelin, 2011).

Cuando se refieren al varón que opta por la vasectomía, la dimensión de clase social cobra mayor relevancia, mientras que la heterosexualidad aparece como un rasgo implícito por tratarse de una decisión anticonceptiva. Y la clase social está asociada al nivel educativo:

Urólogo/a: pero el tema ese en general se maneja más en las clases medias. Media, media alta. No se maneja en las clases bajas. Aparte la clase realmente muy baja, eso yo lo aprendí haciendo comunidad. (...) para la gente de clase baja es muy importante el tema de poder tener hijos porque es casi lo único que tienen seguro de realización. No es una petición habitual. Por eso las familias más numerosas en general las ves en las clases más bajas, o en las muy altas que tengan...pero la clase media que se preocupa por el futuro y eso... es muy consciente de lo que quiere tener, y de lo que cuesta tener las cosas, se limita más. En general sí, son pacientes ya de un nivel medio alto. Intelectual seguro.

En relación al nivel de instrucción, aparece la idea de que el varón que llega a solicitar una vasectomía ya perdió los miedos en relación a la intervención y sus efectos no deseados, y que por la magnitud de la opción, pocas veces lo que el efector de salud opine va a modificar la decisión. En este sentido, podríamos decir que -por lo menos en términos de representaciones- hay una continuidad con el sujeto protagonista de *decisiones distinguidas*. Sin embargo, pensar la vasectomía *como método anticonceptivo*, quizás como proceso democratizador de las opciones anticonceptivas, implica colocar en escena otros varones (aquellos de clases populares, aquellos no instruidos) pero que en los relatos de los efectores aparecen aún invisibilizados como usuarios.

La pareja estable de los varones también surge como algo dado. Más allá de si el varón acude a la consulta solo o acompañado, los efectores reflexionan que, generalmente y de acuerdo a lo que transmiten los varones, por detrás del proceso

hay una decisión en pareja y en términos de proyecto familiar. En contrapunto, en los relatos no apareció claramente la imagen de un varón sin pareja estable (con o sin hijos) que optara por la vasectomía como método anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado, desde el ejercicio libre de su sexualidad¹³². Si bien requeriría de mayor indagación, este aspecto coloca nuevamente en escena las moralidades en torno a la familia consolidada, entendida como “*contexto razonable*” para la intervención.

En los discursos de los efectores de salud sobre los varones que acceden a la vasectomía, observamos entonces cómo aparecen sentidos sobre masculinidades y otras representaciones de género en diálogo con diferentes moralidades, productivas para pensar el ser varón en el Uruguay contemporáneo. Lo que evidenciamos es que la imagen del varón no instruido aparece en diálogo a los varones jóvenes, que en la demanda por vasectomía estarían subvirtiendo el mandato de la paternidad, optando por un método anticonceptivo sin tener demasiado claro la irreversibilidad de la técnica.

132 Es el caso del personaje que encarna Jorge Drexler en la película “La suerte en tu manos” (director Daniel Burman, 2012).

iv- Una cirugía sencilla: la mirada de los efectores de salud sobre la técnica.

Es una cirugía sencilla. El tema es que, más que nada hay que explicarle al paciente que no tiene marcha atrás. Y que va a quedar estéril, ésa es exactamente la palabra (Urólogo/a).

Este fragmento de entrevista condensa tres ejes claves de los sentidos emergentes en torno a la vasectomía y que analizamos en este apartado: la forma en que se describe el *procedimiento técnico*; el carácter de *irreversibilidad* y la *esterilidad* que trae como consecuencia la intervención.

La forma en que los efectores de salud describen la técnica surgió como un aspecto relevante para comprender los sentidos en torno a la vasectomía.

En la bibliografía técnica especializada aparecen referenciados varios tipos de técnicas, como la cirugía convencional a cielo abierto y la vasectomía sin bisturí. Normalmente la intervención quirúrgica se realiza en un paciente ambulatorio con anestesia local (Campbell-Walsh, 2008). La técnica convencional a cielo abierto es descrita de la siguiente forma:

Después de administrar la anestesia se realizan dos incisiones transversales de 1 cm., una a cada lado, profundizándolas hasta la cubierta del deferente hasta que el conducto queda desnudo. Se libera el deferente y disecan la arteria deferencial, las venas y los nervios satélites. Se reseca una pequeña porción de conducto y los extremos se ocluyen con una de las técnicas descritas más adelante en esta sección. El cierre con puntos de las heridas escrotales es opcional. Se colocan vendajes flojos y un suspensor anatómico atlético. (Campbell-Walsh, 2008: 1099)

Mientras que la vasectomía sin bisturí implica:

Un método elegante para llegar al deferente a través de un pequeño orificio por punción se desarrolló en China en 1974 (Li, 1976) e introdujo en los Estados Unidos en 1985 (Li, y col., 1991). **Este método elimina la incisión, produce pocos hematomas o infecciones y deja una herida mucho más pequeña que**

los métodos convencionales de acceso al conducto deferente (Sokal y col., 1999). (Campbell-Walsh, 2008: 1099)¹³³

En Uruguay el procedimiento quirúrgico no está protocolizado y la técnica no está estandarizada desde el Ministerio de Salud Pública, por tanto, la misma depende del manejo del profesional médico que va a proceder, que siempre es urólogo/a. Los dos urólogos entrevistados describieron la técnica de la vasectomía tal cual ellos la realizan concibiéndola como "*una técnica realmente sencilla*", algo corriente dentro de la práctica urológica:

Es un tema menor para nosotros la vasectomía. Es una cirugía corriente. No es un tema...no sé cómo explicarte. No necesitás una gran curva de aprendizaje para hacer una vasectomía. Cualquier residente que termina el primer año ya sabe hacer vasectomías. Antes sencillamente se hacían menos y se cobraban porque no las contemplaba el sistema. (Urólogo/a)

Ambos profesionales coincidieron en que a nivel local, siempre se realiza la misma cirugía¹³⁴, que es la que han aprendido, la que se enseña en ámbitos universitarios y la que se realiza tanto en los servicios de salud públicos y mutuales:

En la cual vos lo que hacés básicamente es un abordaje mínimo. Una incisión de unos...de un centímetro y medio o dos, hasta la raíz del escroto, previo reconocimiento táctil de la estructura del conducto deferente que es un conducto que por su consistencia es más durito. Lo reconocés desde el punto de vista del examen táctil del...lo reconocés de los otros elementos que van junto con él en el cordón espermático. Entonces, lo reconocés, lo cargás, decimos nosotros, con una pequeña pinza, lo separás del resto de los otros elementos y ahí hacés una pequeña incisión y caés sobre él. Lo disecás, lo liberás, y una vez que lo tenés identificado, liberado, lo ligás también en un centímetro y medio. Hacés una ligadura, un nudo con hilo alto, un nudo con hilo bajo, en ese

133 Negritas del autor.

134 Se realiza en block quirúrgico (sala de operaciones). En los relatos de los varones que se realizaron la vasectomía en el exterior, se describe el procedimiento como sencillo, lo ambulatorio no implica block quirúrgico. Uno de los varones que se realizó la intervención en Colombia relató: "a mí me lo hicieron sentado. Mientras tomábamos un café con el tipo, con el médico".

centímetro y medio. Cortás un pedazo en el medio. Eso lo mandás a anatomía patológica. Algunos colegas no los mandan. Yo en lo personal lo mando para que el paciente tenga el certificado por un patólogo, de que cuando lo miró al microscopio eso que yo corté era el deferente. O sea, lo hago por el paciente, no es por mí, yo ya lo sé. Cortar, y una vez que cortaste, mandás ese pedazo, y quemás, cauterizás la superficie que queda “mirándose”. Entonces está ligado, cortado, y cauterizado. Aun así puede pasar espermatozoides, aun así. Porque todo esto tienen algún tejido fibroso. Se transforma en la evolución el tejido fibroso, e increíblemente a través de ese tejido fibroso pueden recanalizarse los deferentes. Increíblemente pero, puede pasar. Eso sí, es bajo el índice de ocurrencia muy bajo en el promedio del 1%, pero está escrito. (Urólogo)

Sí, pero las técnicas son todas más o menos las mismas. Lo que se hace es se busca el deferente en la raíz de la bolsa escrotal, se abre ahí, se identifica, se liga y se secciona. La técnica no se modifica mucho más que eso. Es lo que se usa casi en el 97% de las veces. El tema es que hay que explicar a los pacientes que por 3 meses y medio tienen espermatozoides almacenados, así que por 3 meses y medio o 4, tienen que seguir usando preservativos. Puede fallar no solo porque hayas ligado algo que pensás que es el deferente y que de repente no lo era, era una vena gruesa o algo, sino porque a veces los deferentes se permeabilizan, se re canalizan. Como se re canalizan las trompas. Entonces siempre hay que explicarle a los pacientes que tienen ese porcentaje de re canalización que generalmente se da en los primeros meses y siempre se pide que antes de que dejen de usar los métodos de barrera o el anticonceptivo que esté usando hay que hacer un nuevo recuento de espermatozoides para ver que estén con cero recuento...eso se les explica todo. (Uróloga)

En los relatos desde la urología se repite un escaso valor asignado a la vasectomía en dos aspectos. implica un procedimiento quirúrgico sencillo, que no requiere de experticia técnica y es un tema "*menor*" en la medicina urológica, que no figura en los congresos académicos. En relación a las temáticas de disfunciones sexuales y cáncer en el varón, su tratamiento tiene escaso prestigio y no requiere de gran experiencia profesional¹³⁵.

Atender al modo en que describen la técnica de la vasectomía los efectores de salud, permite sostener que la anticoncepción quirúrgica masculina y en términos generales, el campo de investigación de la reproducción masculina, no es un área desarrollada en el contexto local, gozando además de escasa legitimidad académica

135 Es interesante que no figura la definición de vasectomía en el diccionario de la Sociedad Uruguaya de Urología (Sitio Institucional).

para su exploración. Este contexto, dificulta la posibilidad de problematizar a los varones como sujetos reproductivos y participantes activos de los procesos de reproducción y anticoncepción.

Un aspecto mencionado es que a partir del nuevo contexto normativo, el cambio en la formación y práctica médico-urológica no fue en relación a la realización de vasectomías (aunque se realizaban menos por no estar contempladas entre las prestaciones en salud), sino a la necesidad de orientación al usuario en relación al consentimiento informado específico para la intervención.

Como vimos, previamente a la aprobación de la Ley 18.426, la intervención de la vasectomía requería que el varón tuviese capacidad probada, mayoría de edad y firmara el consentimiento informado, requisito que exime de cualquier posible demanda e inhibe el carácter punible de la práctica. En relación al alcance del marco legal entonces, la Ley no produce un cambio significativo¹³⁶. Pero en tanto define como objetivos específicos de las políticas y de los programas de salud sexual y reproductiva, garantizar el acceso universal a anticoncepción incluyendo la anticoncepción quirúrgica con consentimiento informado, produce un efecto respecto del acceso y de la obligatoriedad de la institución de ofrecer estas prestaciones. Al mismo tiempo, coloca en escena el recurso de objeción de conciencia que pueden utilizar los profesionales frente a una solicitud de vasectomía, que implica la derivación a otro profesional, garantizando así el derecho del usuario.

136 Entiendo que el caso Argentino es cualitativamente diferente en términos normativos en tanto el Decreto-ley Nro. 17.132/67, relativo al ejercicio de la medicina, prohibía “practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores” (art. 20, inc. 18). El Código Penal Argentino (1921), por su parte, sanciona las lesiones que provoquen la pérdida de la capacidad de engendrar o concebir (art. 91) (Del Río Fortuna, 2013). El Art. 7 de la Ley de contracepción quirúrgica incorpora el requisito de consentimiento informado de la siguiente forma: “Modifícase al inciso 18, del artículo 20, del capítulo I; del título II de la Ley 17.132 de régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas, el que quedará redactado de la siguiente manera: “Practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/ la paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces” (Ley 26.130/2006).

Lo que observamos es que la promulgación de la Ley produce en los discursos y prácticas de los efectores de salud una mayor centralidad de la noción de “irreversibilidad”, sustituyendo a la de "lesión gravísima".

La vasectomía es potencialmente reversible. Pero conceptualmente irreversible. Conceptualmente irreversible. ¿Por qué? (...) Cuando vos hacés la vasectomía, la técnica como te dije es sencilla, no requiere ningún instrumento especial, ni ninguna habilidad. Para revertir la vasectomía, estamos hablando de microcirugía. Cirugía con microscopio. No la cubre el mutualismo, ni ahora tampoco. No la hace cualquiera. O sea acá [en Uruguay] hay dos urólogos probablemente que la hagan, y sale cara. Estamos hablando de varios miles de dólares. Entonces, no todo el que se hace una vasectomía puede revertirla. Y aunque pueda revertirla, el índice de éxito de esa operación de reversión no es dato (...) Esto lo tenés que confirmar con una ginecóloga o un ginecólogo. Pero, la reversión de...la ligadura tubaria, tiene mucho mayor índice de éxitos que la vasectomía. ¿Por qué? Porque son órganos de diferente calibre. Es sencillísimo. El calibre, el diámetro, el calibre de los deferentes, de los túbulos que van, es microscópico, por eso se utiliza el microscopio. La trompa, es un órgano que debe tener una luz de varios milímetros. Por eso cuando vos vas a revertir una ligadura tubaria es cirugía común. Puede ser láparo o manual, pero no es cirugía microscópica. Y es un órgano de mayor calibre. (Urólogo/a)

Se trata entonces de un procedimiento muy complejo de microcirugía, que sí requiere de experticia y que al no estar cubierto por el sistema de salud, debe realizarse en ámbitos privados a altos costos, sin posibilidad de asegurar un resultado exitoso. Un aspecto interesante es que en el caso de la vasectomía, la noción de cirugía corriente como anticoncepción quirúrgica aparece en contraposición a la posibilidad técnica de revertir sus efectos. De ahí que la vasectomía connote fuertemente la idea de decisión definitiva: *“es una lesión gravísima si no informás. El consentimiento informado de vasectomía tenés que hacer todo eso. Sin ningún tipo de duda tiene que ser realmente informado”* (Urólogo/a).

La idea de irreversibilidad de la técnica fue referenciada fundamentalmente en relación a la edad del varón, criterio enunciado desde un argumento que -con tono paternalista- intenta anticiparse a una posible situación de arrepentimiento frente al deseo de un hijo/a. Por otra parte, aparece la dinámica contemporánea en términos

de pareja ("*segunda vuelta, del reenganche*") como criterio que influye en la reticencia de los profesionales a realizar vasectomías.

De acuerdo a la normativa vigente, el consentimiento válido lo puede firmar:

Todo individuo mayor de edad (18 o más años).

Cualquier menor (de cualquier edad) legalmente casado/a o emancipado/a.

El curador de una discapacitada/o (de cualquier edad).

En el caso de un menor no casado/a (soltero/a, concubinato, etc), se aplica el principio de autonomía progresiva (contenido en el Código de la Niñez y Adolescencia), pudiendo el profesional actuante decidir que esta existe, dar por válido el consentimiento de la menor y proceder. En caso de dudas puede solicitar el consentimiento de cualquiera de los padres o el tutor. Si éstos lo dan, está obligado a actuar. Queda un espacio en caso de que el profesional considere que no configura la autonomía del menor y el tutor no consienta la esterilización. En ese caso lo prudente es aconsejar al menor para que realice la solicitud por vía judicial, aclarando que la institución procederá a la misma una vez aclarado el valor del consentimiento.

Nunca se debe proceder a una ligadura sin el consentimiento del menor, aunque lo soliciten los adultos responsables. (MSP, 2012)

Por tanto, la demanda por vasectomía podría ser planteada por un varón que recién ha alcanzado la mayoría de edad e incluso por un varón menor de 18 años según el criterio de autonomía progresiva incluido en el Código de la Niñez¹³⁷, habilitando la judicialización de la solicitud en casos en que el profesional considere que no configura autonomía del menor y/o el tutor no consienta la intervención.

137 El artículo 7mo. de la Ley 18.426 (Disposiciones finales) incorpora al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo: "ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).-Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes. En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible".

Puede afirmarse que la normativa es amplia y posee un tono liberal sobre el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y sobre quiénes pueden autónomamente renunciar a su capacidad de procrearse.

Tal cual fuera planteado por Del Río Fortuna (2013) para el caso de la ligadura tubaria en Argentina, el sector social de la mujer-usuaria deja en evidencia cierta valoración sobre el proceso de toma de decisión, en algunos casos como no legítimo. Para el caso de la vasectomía, vimos cómo la dimensión sector socio-económica se articula con la de nivel educativo cuando los efectores de salud describen a los sujetos que demandan vasectomía: varones de sectores socio-económicos medios/altos, instruidos. Esta representación implica el supuesto de que dichos varones llegan al servicio de salud con la decisión tomada. En consecuencia, el proceso de consulta y orientación se ve minimizado, quedando en evidencia la supuesta "neutralidad" del profesional, que efectivamente realiza la vasectomía a quien la solicita, aún cuando se trata de varones que se consideran aún jóvenes para decidir no ser padres o no tener más hijos.

Urólogo/a: Yo no tengo problema de conciencia, ni de concepto de vida, ni religiosa. A pesar de que yo soy cristiano/a y todo, no tengo. Me parece que es mezclar cosas que no tienen nada que ver. No me gusta mucho y se los hago saber, pero si insisten y después de que se les habla todo, insisten en hacérselo, ta, se la hago. (...) El consentimiento para la vasectomía es muy específico. La ley cubre mucho al profesional. Digo, no me gusta mucho, y les digo que me parece que no es adecuado. Les doy mi idea de vida de por qué me parece que no, pero si insisten...He operado pacientes, dos o tres bastante jóvenes.

¿De qué edad?

Urólogo/a: Y 37 años, 36 años. Que yo considero que es joven para no tener hijos, pero bueno.

Y en principio el consentimiento informado lo pueden firmar personas mayores de edad en adelante...

Urólogo/a: Bueno, ni qué hablar. Nunca me vino a plantear una vasectomía, ahí sí creo que no se la hago. Si es muy joven, por más que sea mayor de edad, pero si tiene menos de 30 años, 28, 29, no se la hago. Hoy sí, no se la hago. Pero por

un tema mío. Pero eso no es un tema moral. Sencillamente le digo que yo no lo voy a atender. Que vaya a otro colega.

Lo derivás a otro colega.

Urólogo/a: Sí.

Se expresa en este relato una categoría relevante en el campo: la del varón joven *versus* la del varón muy joven (menor de 30 años). En esta categoría implica la noción de "ignorancia" en la toma de decisiones. Al no reconocer la normativa como legítima en los derechos que habilita a determinados sujetos, se produce una discordancia entre la ley moderna del orden del contrato y la ley tradicional del orden del estatus (Segato, 2003). El criterio de la edad que emerge de los discursos de los profesionales, implica así un límite en la tolerancia al derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Este límite puede tramitarse en la práctica con el recurso de la objeción de conciencia, derivando a otro profesional, y en ocasiones, discursivamente, a través de una estrategia de patologización de la demanda por la esterilización:

Yo por ejemplo cuando viene un paciente diciendo que quiere hacerse una vasectomía, yo te digo...Primero, ¿por qué? En general porque tiene su paternidad satisfecha y media casi siempre algún problema de salud de la pareja. Que no puede seguir tomando anticonceptivos que ya no acepta el DIU, que...Lo cual genera un marco aceptable al planteo que hace el paciente. He tenido gurises de 18 años que vienen a plantear que quieren hacerse una vasectomía. Para mí es inaceptable. No se la hago. Directamente le explico por qué y lo mando al psicólogo. Porque entiendo que ahí no tiene sus cualidades satisfechas y que además está atravesado en su vida por muchos cambios, por más convencido de lo que para él en ese momento es una verdad, yo de ninguna manera voy a emprender sobre él un procedimiento potencialmente irreversible. No. 18 años no.

(...) Le digo "mirá estás en libertad de consultar a otro colega, pero yo pienso que vos tenés que consultar a un psicólogo o un psiquiatra, esa es mi postura y yo a vos no te opero". Punto. Él verá si sigue mi consejo o si recurre a otro colega. Y el otro colega verá, si decide operarlo o no, porque no todos somos iguales. Yo por ejemplo entonces, viene un paciente, me marca un contexto. Tengo 40 años, tengo 3 hijos, no quiero tener más y mi mujer no puede tener... Y el DIU, no. Bueno perfecto. Vos pensá esto. La operación es teóricamente reversible, pero potencialmente irreversible. Vos tomás la opción de que esto no puede volver a dar marcha atrás. Segundo, vos tenés que pensar que vos hoy estás parado en una situación que evidentemente estás en una buena relación de

pareja. Pero las cosas son totalmente dinámicas. Puede haber una separación. Puede haber un accidente. Vos me decís, sí, no, si me separo no voy a...Y mañana vos podés conocer a otra persona que tenga X años menos que vos y que no haya tenido hijos. Y de repente te plantea que quiere tener un hijo contigo, no vas a poder. Esas son las condiciones. Y yo te las voy a decir bien claritas. Y bueno, hay gente que ha optado por mantener su posición y hay gente que lo piensa y vuelve para atrás. (Urólogo/a)

Del Río Fortuna (2013) problematiza la utilización del concepto de “esterilización” para el caso de la ligadura tubaria o vasectomía, lo que moviliza sentidos como la compulsión o abuso sobre el cuerpo reproductor. Ello lleva a la autora a optar por referirse a “anticoncepción quirúrgica” en vez de “esterilización”.

El texto de la Ley 18.426 se refiere a la "vasectomía" y la idea de "esterilización" no aparece, mientras que en el resto de los documentos analizados encontramos un uso aleatorio y como sinónimos de “esterilización masculina”, “vasectomía” y “anticoncepción quirúrgica” lo que no permite concluir acerca de posibles connotaciones negativas sobre la intervención. Por otra parte, un elemento relevante para el análisis es que ninguna técnica es 100% efectiva en volver estéril a un paciente (Campbell-Walsh, 2008). Sin embargo, la idea de la esterilidad que produce la vasectomía como consecuencia, aparece con fuerza desde los discursos médicos, especialmente desde la urología. En este sentido sostenemos que la idea de “*quedar estéril*” es una categoría nativa, propia de la medicina, en particular, de la medicina urológica.

¿Qué capitales están en riesgo en relación a la esterilidad masculina como límite a la procreación? La vasectomía aparece como una tecnología que atenta contra la virilidad y como elemento cuestionador de la identidad masculina. La virilidad “entendida como capacidad reproductora, sexual y social” (Bourdieu, 2000: 68) incluye el miedo a la no paternidad. Así, la esterilidad, puede significar un elemento cuestionador de la identidad masculina ya que los hijos aparecen como una de las pruebas de que el hombre fue activo en la vida (Arihã, 1999: 464). Héritier plantea que el origen la esterilidad siempre fue considerado en las representaciones colectivas como puramente femenino, huella en nuestro propio sistema de

representaciones. En tanto la paternidad es símbolo de actividad y potencia sexual, la idea de no paternidad deja entrever la idea de impotencia, dejando al varón fuera del orden de género dominante (Héritier, 2007).

Dialogando con trabajos empíricos a nivel regional, tomamos el trabajo de Sandrine Machado (2009) quien da cuenta cómo entre los varones que fueron entrevistados, la paternidad aparecía como un marcador con un papel decisivo en el proceso de tornarse hombres. Tener un hijo en el contexto estudiado (un barrio popular de Brasil) era prueba de fertilidad y en el plano relacional, fundamentalmente mostraba la capacidad de sustentar una familia. Así, la fertilidad se presenta como una duda que sólo podía ser solucionada a partir del momento en que se *hace un hijo*. Plantea la autora que “la fuerza masculina estaba vinculada, según las narrativas de los informantes, a la potencia del esperma, una medida del poder de fertilidad. Se hablaba por ejemplo, que un hombre con un superespermatozoide difícilmente conseguiría evitar que su pareja se embarazase, a pesar del uso de método anticonceptivo. La eficacia de los métodos de prevención de embarazo era evaluada en el contexto de una batalla entre la “fuerza del espermatozoide” y la “fuerza de las barreras físicas” erigidas por el método” (Sandrine Machado, 2009: 188).

¿Cómo se juegan estas representaciones con la imposibilidad de la fecundación? Para el caso uruguayo, podemos plantear que este cuestionamiento a la virilidad es tolerado por los efectores de salud, en tanto se trate de un varón que ya ha concebido, es decir, ya ha demostrado socialmente su capacidad reproductiva. Es esta situación vital la que determina en fuerte medida un "*contexto razonable*" para optar por la vasectomía, para "*quedar estéril*". Y quizás sea este el argumento que impide aceptar como legítima la decisión de un varón joven de vasectomizarse, a pesar de que es un derecho contemplado normativamente. Se activan en el caso de esta situación vital, con mayor fuerza algunos mecanismos de disciplinamiento corporal. Entre ellos, apelar al recurso de la objeción de conciencia y derivación a otro profesional, la puesta en juego de argumentos morales y valorativos (sobre la

vida en pareja, sobre el deseo de paternidad que puede aparecer en un futuro) y la problematización del deseo de esterilidad.

Como hipótesis que requiere ser profundizada, sostenemos que en la sociedad uruguaya, que ha controlado en forma temprana su fecundidad, donde el uso de métodos anticonceptivos es extendido y actualmente se debate sobre el reemplazo poblacional, la vasectomía no implica tanto un peligro por su cualidad de límite a la reproducción de la población en su conjunto, como por su cualidad de límite a la reproducción en algún momento de la trayectoria afectivo-sexual, de los varones concretos y por tanto, de feminización latente. Estos sentidos, propios de la representación androcéntrica de la reproducción biológica y de la reproducción social, se expresan en los discursos de forma presuntamente objetiva, a través del sentido común "entendido como consenso práctico y dóxico sobre el sentido de las prácticas" (Bourdieu, 2000: 49). Es el sentido común lo que legitima la no aceptación, bajo ninguna circunstancia, de una vasectomía en un varón de 18 años y su consecuente patologización. El contrapunto de estas estrategias discursivas es la atención y el cuidado que los profesionales de la salud despliegan en relación a la esfera de la sexualidad en los varones y particularmente, en relación a la idea de disfunciones en dicha esfera.

v- Diferencia sexual y sexualidad(es): argumentos científicos y avance tecnológico en anticoncepción masculina.

Las consultas de varones por disfunciones sexuales en el marco de los servicios integrales de salud reproductiva fueron un emergente de la investigación. Ello nos interrogó por un mayor interés por parte de los varones y profesionales hacia la llamada "salud sexual", que en relación a la llamada "salud reproductiva" y en particular, a las consultas por anticoncepción. Se trata de algún modo de lo observado por Héritier (2007) acerca del fracaso de la anticoncepción masculina y el éxito del viagra en la biomedicina.

En tanto uno de los objetivos específicos definidos en la investigación fue el de analizar las *representaciones sobre los cuerpos masculinos* en el campo de la salud reproductiva y en torno a la participación de los varones en los procesos de regulación de la fecundidad para el período estudiado, dicho emergente fue útil para tematizar acerca del cuerpo de los varones, la diferencia sexual y los procesos considerados característicos de la sexualidades masculinas y femeninas. El cuerpo como materialidad biológica adquiere significado a través de la cultura y a la vez, la significa. Como plantea Rohden:

lo que se piensa, lo que se dice sobre el cuerpo y las infinitas formas de lidiar con él, de intervenir sobre él, constituyen núcleos centrales de operación simbólica que permiten al ser humano organizar el mundo natural y dar sentido a lo que le rodea. (...) El cuerpo no es meramente un objeto de estudio, sino un dominio de significado por medio del cual se puede alcanzar un entendimiento de determinaciones más profundas y más generales de cada cultura. (Rohden, 2009: 28-29)

De modo que las articulaciones entre género, sexualidad y ciencia, permiten discutir cómo las relaciones de género influyen la producción científica y al mismo tiempo, cómo esta producción es fundamento a determinadas reafirmaciones de jerarquías de género producidas socialmente. En tanto el “género” implica decisiones sociales, políticas y no naturales ni basadas en evidencia científica, la pregunta central es ¿qué se hace con el género? ¿Cuáles usos, cuáles sentidos y qué producciones -en disputa- aparecen? Y también, ¿qué desigualdades supone en determinados contextos sociales?

Nos preguntamos entonces ¿de qué modo aparece en el campo el cuerpo sexuado para pensar la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*? Responder a esta interrogante implica dos niveles de análisis, el primero, vinculado al varón como sujeto reproductivo y el segundo, a la especificidad de la experiencia masculina de la sexualidad.

El varón como sujeto reproductivo.

Durante el trabajo de campo, llamó nuestra atención un artículo académico de medicina urológica que afirmaba que el uso del concepto “anticoncepción masculina” es erróneo, ya que los hombres no conciben. Como alternativa, se proponía hablar del “aporte masculino a la anticoncepción”, idea que fue discutida en los intercambios con los efectores de salud, quienes aportaron su visión de cómo circulan estas ideas en los ámbitos académicos formativos y de la práctica médica:

Mirá... creo que es bastante a nivel filosófico lo que me planteás, y no circula mucho. A nivel práctico yo te decía por ejemplo, en fertilidad el factor masculino se minimiza muchísimo. Se hace manipulación de la mujer y los espermatozoides los conseguimos de alguna forma. O sea, a la mujer se la estudia mucho y bien. Al varón tácitamente y los efectos los conocen en general los ginecólogos que han hecho esterilidad. Hay poco urólogo dedicado a fertilidad. Y el hombre puede tener distintos factores por los cuales tener una esterilidad. Algunos pueden ser reversibles con medicamentos, otros con cirugías. Pero en general lo que vos ves es que te lo mandan al urólogo cuando puede tener por ejemplo un varicocele. Son várices en el testículo que es corregible quirúrgicamente y eso mejora la espermatogénesis, cuando lo agarrás a tiempo. Te lo mandan si es un azoospermico. Si en el eyaculado no tiene ningún espermatozoide. (...) Ese también te los mandan, porque no...para que vos hagas una biopsia testicular y mandes la pulpa a ver si la pulpa...como esto es de laboratorio...justo ahí...Está bien, porque de repente los espermatozoides son medio desgraciaditos, medios poquitos y se mueren en el camino. Pero de repente en el testículo tenemos un islote...tenemos espermatozoides que los... les damos un medio de enriquecimiento, que sean más fuertes y los podemos utilizar para lo mismo. Bueno, eso también pasa por las manos de un urólogo. (...) Pero si ya hay espermatozoides, aunque el paciente tenga una obstrucción de los deferentes, de repente parcial y entonces llegan pocos. O aunque tenga un trastorno “x”, si hay espermatozoides como hay días para después inseminar a la mujer, no se da tanta jerarquía a la problemática del varón por parte del equipo de fertilidad. Por eso te digo, lo que me planteas lo veo como muy filosófico, esté, y, creo que no se cuestiona demasiado si es anticoncepción o control en el aporte del hombre en la concepción. A nivel docente, ni a nivel público ni privado. Como que se es bastante pragmático Porque te digo que es un tema en que si no sos pragmático podés llegar al inmovilismo. (Urólogo/a)

En el relato se reconoce como un debate filosófico el hecho de que el factor masculino sea minimizado en los procesos de medicalización de la reproducción humana, lo que tiene implicancias tanto en los tratamientos de fertilidad como en la idea de que es posible desarrollar anticoncepción dirigida a varones. Esta

minimización del factor masculino en la reproducción remite al argumento planteado por Hérítier al intentar explicar la base cultural de la dominación masculina: se trata del privilegio de las mujeres de la fecundidad y de la reproducción de sujetos varones. La autora propone que el destino de la humanidad femenina está marcada por el privilegio de engendrar niños de ambos sexos, es decir, de poder hacer lo idéntico y también, lo diferente, pero, fundamentalmente por el hecho escandaloso de que “para reproducirse como idéntico, el hombre está obligado a pasar por el cuerpo de una mujer. No puede hacerlo por sí mismo” (Hérítier, 2007: 23). De allí que la esfera de la reproducción y su control sea territorio disputado, que paradójicamente, ha sido feminizado. Y es aquí donde queda expresada aquella idea de que los varones no conciben, o por lo menos, no pueden hacerlo por sí mismos.

A propósito del debate sobre el Proyecto de Ley de Reproducción Asistida, fue colocado en escena el modo en que varones y mujeres participan de la reproducción. Viera Cherro (2013: 80) analiza los ejes conceptuales de la Ley aprobada y los criterios de elegibilidad, entre los que se encuentran parejas heterosexuales y mujeres infértiles sin pareja. La posibilidad de incluir parejas de mujeres queda sujeta a interpretación normativa. Pero sí quedan fuera de los criterios de elegibilidad las parejas de varones. Al respecto resulta interesante atender a una entrevista radial realizada a dos senadores, y que fue publicada días previos a la aprobación de la Ley, donde se da cuenta del modo en que se ha establecido que el varón no es un cuerpo reproductor:

Pero me pregunto en qué medida eso no discrimina a la pareja homosexual de hombres con relación a los derechos.

Carlos Moreira (Partido Nacional)- Puede interpretarse que sí.

Gallo, ¿cuál es su interpretación?

Luis José Gallo (Frente Amplio)- Hay que partir de la base de que estamos legislando para parejas infértiles, ese es el punto de partida. Y cuando uno va a la definición de qué es infertilidad, encuentra que la posibilidad de infertilidad en una pareja siempre está determinada por que un embarazo precisa en el 100% de los casos una mujer gestante. No es el caso de una pareja homosexual masculina, ahí no hay, por razones biológicas, un ser gestante. La gestante siempre es la mujer. Entonces en una pareja de mujeres uno puede definir la infertilidad porque una de las dos tendrá que demostrarlo es infértil, no puede

gestar, no tiene un útero o un sistema reproductor que le posibilite gestar. Ahí está la diferencia. Creo que es un problema de interpretación, el espíritu de la ley, el que el legislador le quiso dar, es ese en que todos estamos de acuerdo. Como muchas veces pasa con las leyes, los abogados hacen una lectura de acuerdo a determinada interpretación y otros hacemos otra. (Espectador, 15/10/ 2013)

El argumento entonces supone que por razones biológicas, un varón no es un ser gestante (la gestante siempre es la mujer) y por extensión, tampoco puede ser considerada una pareja homosexual masculina. Sin embargo, en relación a los roles asumidos por los varones en la consulta de los servicios de salud sexual y reproductiva, apareció en el campo la categoría del *varón-padre gestante*, pero reconocida en una pareja heterosexual:

Sí, padres gestantes, uno los ve ¿cómo no? En los grupos de parto nosotros tenemos las parejas, no tenemos solo las madres, tenemos las parejas, no solo las madres. Futuros padres y futuras madres. O los padres ya de entrada porque son...Y en las consultas de sexualidad hay bastante receptividad cuando viene una mujer e invitamos que venga el varón. Y generalmente viene el varón y viceversa. Si viene el varón invitamos a la mujer. Porque en medicina sexual el paciente, por decir un nombre, no me gusta el nombre paciente, pero el paciente es la pareja. Nosotros venimos trabajando bien con...en cuanto al género venimos trabajando bien. (Ginecóloga, integrante de ECR)

Estas reflexiones, al tiempo de otorgar centralidad a la familia constituida, como organizador social y a la pareja humana (heterosexual) como valor a preservar, rescata a los varones como seres fecundos (Olavarría, 2004) y su aporte corporal en términos de reproducción. Se trata entonces de reconocer el “*trinomio*” en juego: mujer-hijo-varón.

La idea de padre gestante emergió en el campo también vinculada a la vasectomía. Particularmente, en relación a las motivaciones que llevan actualmente a un varón a controlar su fecundidad de forma definitiva y por tanto, optar por la anticoncepción quirúrgica.

La vasectomía empezó a verse más también a partir de que empezó a haber...de que los juicios de paternidad empezaron a ser más fidedignos por el ADN. Por-

que también hay muchos problemas de esos. De hijos de relaciones que no fueron las estables e hijos fuera del matrimonio que antes lamentablemente esos niños a veces se dependía del juez que te tocaba. De que fenotípicamente se parecieran al padre. Que tuvieras testigos. Ahora no, chau. Si vos vas e iniciás, el Banco de órganos quiera o no quiera saca una muestra si el ADN que da es tuyo, está obligado a reconocerlo, pensión y todo lo demás. Y algunos varones que han pasado por esas situaciones o que otro amigo pasó, y ya no quieren tener más hijos. Esos son generalmente te vienen solos a la consulta y se ligan. (Urólogo/a)

Fonseca (2005) se interroga por las consecuencias que ha tenido en las prácticas de la esfera de relaciones de género la posibilidad de conocer certeramente el origen paterno a través del avance tecnológico, pregunta que remite a la dicotomía naturaleza/ cultura y su cuestionamiento. El argumento desplegado por Fonseca es útil para pensar el vínculo entre la vasectomía, la fecundidad masculina y la idea de paternidad. Al respecto, la autora -citando a Bilac- expresa que desde la perspectiva del derecho, los hombres nunca fueron tan responsables por su reproducción biológica como en este momento histórico, aunque las investigaciones en esta área advierten el carácter eminentemente social (no biológico) de la paternidad, es decir, la biología nunca fue desde la perspectiva de los varones, el determinante de la paternidad. La tecnología de los test de paternidad produce un giro en este sentido, dando certezas “objetivas”. Así, los hombres temen a una situación “fuera de lugar”, al engaño, a aceptar sin saber, una paternidad solamente social. Fonseca plantea entonces que al modificar las premisas de las relaciones familiares, esta biotecnología, aumenta la duda que pretende sanar. Si bien es un aspecto de la vasectomía que requiere mayor indagación, este emergente resultó productivo para pensar los sentidos en torno a la paternidad no deseada y en relación a los embarazos fuera del matrimonio, como espacio discursivo donde apareció el sujeto varón soltero/sin pareja estable.

De modo que lo que encontramos en el campo es una tensión constante entre el reconocimiento de los varones como sujetos reproductivos y las barreras culturales y de formación que impiden que en el terreno de la salud reproductiva los varones sean nominados. En estas barreras, se incluyen también los miedos frente al avance

de los varones en el control de los cuerpos de las mujeres y su fecundidad. Figueroa (2006) discute con distintas perspectivas sobre los derechos de los varones en el terreno de la reproducción, preguntándose si hace sentido hablar de “derechos reproductivos masculinos”. El autor reconoce la importancia que tiene el concepto de “derechos reproductivos de las mujeres” en la historia del feminismo y las contradicciones que genera el uso para los varones. Su propuesta analítica entonces implica la alternativa del concepto de “derechos humanos en la reproducción”, que habilita “por una parte, no restringirlos a la fecundidad y, por otra, hacer referencia a múltiples dimensiones que también viven los varones. Para ello es indispensable revisar los lenguajes sexistas, porque es inimaginable aplicarle derechos reproductivos a una persona que por “interpretación científica” no se reproduce” (Figueroa, 2006: 423). Consideramos que la propuesta del autor desata alguno de los nudos que encontramos en la investigación y que permitirían al mismo tiempo, incorporar a los varones al campo de la salud sexual, reconociéndolos como sujetos reproductivos y no solamente como sujetos que aportan a la (anti)concepción.

La experiencia masculina de la sexualidad

Para el contexto uruguayo, Barrán (1995) ha mostrado cómo la sociedad del Novecientos describió los cuerpos masculinos y femeninos utilizando categorías e imágenes cargadas de significados previos e ideología, con un fuerte afán por ordenar, definir y producir dicotomías, necesidad cultural de un contexto social temeroso del conflicto. La observación biológica sirvió así para legitimar lo existente:

Por eso el saber médico construyó un cuerpo humano que era la imagen de lo que aquella cultura deseaba fuera del cuerpo. Un cuerpo en que más valía el semen que el placer femenino a los efectos de la concepción del niño; en que lo femenino se definía por el aparato reproductor, y lo masculino por una clase de metabolismo celular dispendioso y, por eso, conquistador del afuera; un cuerpo que debía ser vigorizado vigilando el placer sexual que era un “gasto” y por eso debilitaba la “economía” del organismo. (Barrán, 1995: 16)

Se definió al cuerpo femenino y en caso de que los cuerpos de las mujeres concretas no coincidieran con dicha imagen taxativa, se intentó modelarlos, incluso quirúrgicamente. Ese cuerpo femenino inventado, respondió a la mujer que la sociedad patriarcal burguesa deseaba: recatada en el placer, bella y agradable físicamente y madre ante todo. En el caso del cuerpo masculino, Barrán afirma que el saber médico colocó un fuerte acento en los “problemas de la potencia” como fundamento sexual del poder social de los varones. Así, el médico uruguayo Brito Foresti afirmaba en 1909 que *“la dignidad del hombre reside en gran parte en sus testículos”* (Barrán, 1995: 118)¹³⁸. En este contexto la diferenciación sexual implicó una búsqueda por evitar la indistinción de roles en términos de potencia sexual y política, en particular, el afeminamiento de los varones y la masculinización de las mujeres, experiencias que fueron patologizadas y moralizadas. Con argumentos científicos, el saber médico redujo la sexualidad humana a pura expresión natural, descargada de las complejidades culturales reales, que “se pareció, sospechosamente, a la sola heterosexualidad con fines procreativos” (Barrán, 1995: 287-288).

Los efectores de salud con los que intercambiamos, mencionaron dentro del emergente “disfunciones sexuales”, diversas experiencias masculinas que son motivo de consulta, entre ellas, disfunción eréctil, eyaculación precoz y disminución del deseo sexual. En diálogo con el emergente disfunciones sexuales, fue enunciada la necesidad de trabajar desde los servicios de salud para *“fortalecer a la mujer en lo que tiene que ser la sexualidad bien llevada y a su vez, paternizar más al varón”*. Este doble movimiento implicaría el rompimiento de la dicotomía construida mujer/salud reproductiva *versus* varón/salud sexual, con los cambios culturales que ello acarrea. De algún modo, se plantea un proceso de “reeducación” que implique explotar facetas consideradas “naturales” por los efectores de salud pero inexploradas culturalmente en los varones:

El varón tiene muchos recursos naturales que tenemos que explotar. Que le influyen más cosas de las que nosotros como mujeres podemos pensar. De que, tienen una carga en cuanto a ser amantes sexuales sin haber aprendido en

138 Cursivas del autor.

ningún lado. Lo laboral también para ellos está complicado. Y teníamos una imagen de que el varón tenía que poder en lo económico, y muchas veces podemos más las mujeres que los varones, por cosas de la vida que se dan. O sea que creo que tenemos saber explotar en el buen sentido esa capacidad que tiene, que puede tener el varón pero que hemos dirigido de una manera desde niños. En que sí, que tienen que pelear, que tienen que reaccionar. Está bien, en toda la vida no te vas a dejar pasar. Pero la sensibilidad en ellos se puede despertar perfectamente. Una sensibilidad buena, una paternidad, una solidaridad. Todas cosas que hay que saber descubrir en el varón, y sensibilizar de acuerdo a la forma que venía la cultura educándolo. Un poco por ahí, un poco por ahí viene la cosa. Tanto el varón como la mujer, tenemos capacidades para mí indescriptibles en todo sentido tanto buenas como malas, pero, que si las sabemos trabajar, si sabemos despertar tanto de un lado como del otro, somos seres muy exquisitos. Podemos dar mucho tanto uno como el otro. (Ginecóloga, integrante de ECR)

En estos debates, queda en evidencia lo observado para el campo de la sexología en Argentina y Brasil en relación a los dilemas que rodean la sexualidad contemporánea: “al mismo tiempo, la sexualidad que aparece bajo la forma de enfermedad, disfunción o factor de riesgo, justificando intervenciones médicas y psicológicas, es vista además, como el elemento que funda la ciudadanía sexual y la propia concepción de derechos sexuales como parte de los derechos humanos” (Gianni, Russo, 2011: 5).

Por otra parte, así como la edad del varón usuario aparece como una categoría relevante para definir un contexto justificado para la vasectomía, define también el tipo de intervención en términos de medicalización de la problemática sexual.

Hace muy poquito vino un gurí, de 16 años que me planteó que es un eyaculador precoz. “No loco (...) eso es un diagnóstico...” con honestidad. Cuyo tratamiento es...es...cuyo tratamiento es la psicoterapia. Que hay unas pastillas que retardan la eyaculación, sí, pero no es un tratamiento definitivo. Justamente lo más adecuado es la psicoterapia y eventualmente en un grupo de pacientes que ves que están muy enfrascados con su problemáticas, utilizar esta medicación durante la psicoterapia hasta que se pueda independizar y chau medicación. Le expliqué todo al gurí, perfecto. Y otra vez vino a la consulta y me dijo que venía a ver cuáles eran los efectos secundarios de esa droga. Le digo, “mirá, no te lo voy a decir porque no te la voy a dar. Yo ya te dije que fueras a una terapia por este tema...”, “No, pero no es un problema de terapia”. (...)

Porque con 16 años vos estás amaneciendo a la vida sexual, ¡qué vas a hablar de eyaculación precoz, hacés lo que podés! Estás aprendiendo. (Urólogo/a)

En los discursos de los profesionales, un varón joven que consulta por disfunciones sexuales, requeriría un tratamiento psicológico, más que a través de farmacología, quedando expresada la tensión entre un paradigma humanizante que operaría a través de la palabra y otro medicalizante (Gogna, ed alter, 2011). Si bien encontramos una mirada más comprensiva de la problemática sobre el ejercicio de la sexualidad en términos de aprendizaje y cierta cautela en términos de farmacologización, queda planteada la dificultad que persiste en los servicios de un abordaje interdisciplinario e integral para abordar demandas como éstas. Asimismo, los dos urólogos entrevistados coinciden en que su formación disciplinar se concentra en la parte fisiológica de la sexualidad. Este aspecto cobra relevancia para la implementación de los servicios de salud, en tanto como plantean los autores citados, la medicalización de la sexualidad, como normatización, precede a la farmacologización y no es exclusiva del saber médico.

En relación a los aspectos culturales que rodea la decisión de vasectomizarse, en los discursos de los efectores apareció la imagen del “*macho latino*” emergiendo sentidos sobre la potencial intervención médica a nivel de la genitalidad. En oposición al macho latino, aparecen los varones anglosajones:

Uróloga/o: Somos muy distintos. Para el varón, hay varones que se afectan sabiendo que no son fértiles. Les afecta la parte de sexualidad. O por lo menos se sienten tocados, o ya no quieren que les toquen nada de lo que pueda tener que ver con esa zona. En eso los latinos somos como más, tenemos muy...tenemos como medio mezcladas las cosas. En eso los anglosajones, son...separan más las cosas. (...) Por ejemplo, casi todos los niños que nacen en Estados Unidos, se les hace la circuncisión quirúrgica, no religiosa. Porque se considera más higiénico. Andá a decirle acá a un...interrogá a quince varones que les vas a sacar el prepucio al varón que acaba de tener. Vas a ver lo que te contestan la mayoría. Y las madres también. No los van a dejar tocar. Por más que les expliques que es más higiénico, que a la larga va a ser mejor. Que para su pareja como la higiene va a ser mejor, va a tener menos posibilidades de tener cáncer de cuello uterino...no se lo van a hacer.

Así, algunos efectores esgrimieron causas “culturales” en torno a las decisiones anticonceptivas:

El Uruguay tiene algunas singularidades con respecto a los métodos que usa su población. Por ejemplo acá en el Uruguay el diafragma no lo usa nadie. Cuando por ejemplo en los países anglosajones el diafragma es un método bastante utilizado sobre todo por las parejas casadas. Es más si querés conseguir un diafragma en el Uruguay, probablemente no encuentres. Tampoco los implantes, o sea hay cosas que hacen a lo cultural. Pero la vasectomía también tiene eso. En donde muchas veces a los “machos latinos” el hecho de ligarnos los conductos es algo que no vemos con buenos ojos. (Representante ministerial, ginecólogo).

Los sentidos culturales en torno al esperma también fueron tematizados por los profesionales de la salud, en relación a los efectos de la vasectomía, particularmente, efectos no deseados. Dentro del proceso de orientación urológico, entonces, se incluye la advertencia que el volumen de la eyaculación luego de la anticoncepción quirúrgica será menor: *“hay varones que eso les molesta un poco. Más que nada se adaptan. Pero les molesta un poco”*, sentidos que es posible vincular al miedo a feminización de los fluidos, es decir a indiferenciación sexual.

Barrán (1995) se refiere a los procesos educativos y conductas promovidas desde la salud pública y en torno a la administración del esperma en el Uruguay del Novecientos, basada en el supuesto de que era una de las más importantes fuentes de energía que regía la economía corporal masculina. Se promovía así el ahorro, en tanto la energía sexual que no se gastaba era fuente de vigor corporal “y siempre había una pugna fisiológica por ella entre la función genital, la muscular y la cerebral” (Barrán, 1995: 40). La administración del deseo y placer sexual de acuerdo a la edad del esposo y a otras circunstancias vitales, se vincula así al control de la natalidad.

Héritier (2007: 222) plantea que al atentar contra el esperma, se atenta en el imaginario contra la virilidad. Frente al temor a la feminización, aparece la idea de

que nada debe atentar contra el acto sexual del varón, mezclándose la idea del placer con la idea de la posible fecundación¹³⁹.

Los hallazgos de Martin (2006) sobre el modo en que los conceptos de la biología reproductiva están permeados de estereotipos culturales y la noción de cultura médica como sistema cultural cuyas ideas y prácticas alcanzan a la cultura popular, son provocativos. Lo que observa Martin, tanto en los textos médicos como en los discursos de las mujeres, es la presencia de metáforas del cuerpo que encierran información sobre el cuerpo social. El trabajo de Martin muestra cómo las metáforas se relacionan en su mayoría con sistemas de producción en masa, en los que se da valor a grandes cantidades y a la eficiencia de gran escala. De ahí que “la producción masculina de espermatozoides es valorada tanto por la cantidad como por la continuidad de su producción” (Martin, 2006: 24). Esta apreciación invita a indagar en los significados asociados a la vasectomía en vinculación con esos valores que no se relacionan de forma exclusiva a la fertilidad, sino, al propio ejercicio de una vida sexual aceptable.

Al dar cuenta de la experiencia de la sexualidad masculina, en los discursos de los efectores, se entremezclan argumentos constructivistas, con argumentos biologicistas.

¿Y los varones plantean estas cosas, estos miedos, estas inseguridades?

Ginecóloga: Sí, uuhh, mucho, sí...

Las presiones...

Ginecóloga: Mucho sí, por favor. Sin duda. El varón sale a la cancha sin saber jugar. No, no. El varón muchas veces se siente, se siente con una carga encima que no puede. Y bueno, no siempre la erección es tan fácil. Ellos se ponen en la obra de teatro y todo queda visto. Lo nuestro pasa desapercibido. Podemos como es que se dice, fingir. Ellos es difícil. Y muchas veces no son buen amante porque hablando con una pareja heterosexual, como yo les digo, ¿con quién

139 En 1920 el biólogo Eugen Steinach creyó que una vasectomía podría rejuvenecer la libido y la potencia sexual de un hombre, por lo que fue un procedimiento practicado a sus pacientes. Entre los que se sometieron a la “operación Steinach” se menciona a Sigmund Freud (Fausto-Sterling, 2006; Friedman, 2010).

quieren tener sexo? Con el cerebro de un varón o con el cerebro de una mujer. Tenemos que saber a quién tenemos delante. Para saber conquistar y viceversa. Si no entendemos, bueno. Pero yo creo que el varón tiene muchas cargas encima que se las ha dado la propia sociedad. La propia, el empoderamiento que le hemos dado al varón desde un punto de vista, ha hecho que hasta alcohólico se haga. Todas esas correrías en los autos. Pruebas de velocidad. Eso son potencialidades que si se hubieran controlado de otra manera hubiera sido otra la historia. Hay que tener cuidado. El varón no va a dejar de ser varón porque... frente a un hecho llora. Puede llorar, puede explotar, puede amar, puede querer, puede abrazar, no va a dejar de ser varón. Y si tiene que ser homosexual, será homosexual, será homosexual. Sus genes, sus tantas cosas lo están delineando.

Al mismo tiempo que se reconoce la construcción social de las masculinidades hegemónicas, donde el varón es visto como un sujeto que carga con presiones sociales y que teme al no cumplimiento de las expectativas sobre su desempeño sexual heterosexual, se hace referencia al cerebro y a la genética como determinante de la diferencia sexual. Así, la idea de “*salir a la cancha sin saber jugar*” en el terreno de la sexualidad requiere de cuidados especiales por parte del saber médico.

Indagando sobre el desarrollo de tecnología anticonceptiva en Uruguay emergió el concepto de mecanismo anticonceptivo dirigido a varones, basado en la manipulación hormonal, a través de la administración y suplemento de testosterona.

El testículo tiene groseramente, dos funciones bien definidas. La producción de espermatozoides y la producción de testosterona. Una hormona que pasa a la sangre. Esta producción, está regulada desde el encéfalo. Una reacción del hipotálamo que libera factores a nivel de la hipófisis. Que es una glándula que se encuentra en la base del cráneo. Entonces, hay un factor que libera hormonas hipofisarias para favorecer la síntesis de espermatozoides y otro factor que libera hormonas hipofisarias para favorecer la síntesis de testosterona a nivel del testículo. Son como dos líneas paralelas. Pero, puede haber puntos de contacto. Esta vía tiene un feed back, una retroalimentación. Que la testosterona se vuelca a la sangre. Y la sangre baña todo el organismo, entre otros el hipotálamo donde empieza toda esta cadena. Y el hipotálamo censa cómo está la concentración de testosterona. Si está baja, libera hormonas que actúan sobre la hipófisis, para que la hipófisis aumente la secreción de testosterona del testículo. Si está alta, le avisa a la hipófisis que le avise al testículo que no se necesita más en ese momento. Baja la liberación de testosterona a la sangre. Ese es el feed back. ¿Qué pasa? Que pueden producirse como identificaciones como...este feed back puede traer también la formación de espermatozoides. Entonces cuando

vos le das testosterona exógena, desde afuera del organismo a una persona...la sangre tiene mucha testosterona. Baña al hipotálamo y ¿qué lee el hipotálamo? “hay mucha testosterona”, entonces le avisa al testículo “bo, no formes más testosterona”. Pero de alguna manera, la vía paralela la que va por otra hormona en paralelo a favorecer la síntesis de espermatozoides, una es la LH, y la otra es la FSH, también se influencia porque hay mucha testosterona y también baja. Es como que lee que hubiera muchos espermatozoides por decírtelo de alguna manera sencilla. Y le dice al testículo, “no pongas más testosterona pero tampoco pongas más espermatozoides” y es así es que el paciente se transforman en azoospermicos. Y esto es en un más de un 90% de los casos que ocurre ésto. Basado en eso es que...yo te decía no me acuerdo exactamente, que el artículo lo leí hace un par de años. Me llamó mucho la atención. No sé bien si está en un estudio asiático. No me acuerdo exactamente dónde es. Pero hablando que se utiliza esto como un mecanismo anticonceptivo masculino. (Urólogo/a)

Como se observa, se trata de un procedimiento científicamente viable que produciría la azoospermia, es decir, la ausencia de espermatozoides en el semen del varón pudiendo ser utilizado como mecanismo hormonal no definitivo. La dificultad encontrada desde la medicina urológica es que si bien se desconocen las causas, en un porcentaje de pacientes que reciben testosterona (que puede alcanzar un 25%), esta situación se hace permanente, es decir, se estaría produciendo un mecanismo anticonceptivo hormonal definitivo, en suma, atentando contra la fertilidad del varón.

La medicina urológica en Uruguay ha investigado los efectos de la testosterona en el terreno de las disfunciones sexuales, donde, a partir de la indicación de testosterona en los casos de disfunciones sexuales (por ejemplo, “*pacientes jóvenes con hipogonadismo*”), se evidencian potenciales complicaciones, entre otras, el “*quedar estéril*”. Esta experiencia es la que permite imaginar cómo podría funcionar un mecanismo anticonceptivo hormonal deseado. Aun considerando que la administración de testosterona tiene efectos colaterales, la experiencia es muy reciente (“*este concepto desde la urología en todo este tema de testosterona estamos trabajando fuerte en los últimos seis años*”) y no hay completo acuerdo científico al respecto,¹⁴⁰ es utilizada en el terreno de la salud sexual para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Entonces, ¿cuáles son los límites para el desarrollo de tecnología anticonceptiva hormonal dirigida a va-

140 La administración de testosterona se ha asociado también al cáncer de próstata.

rones? Argumentamos que actualmente la investigación sobre reproducción masculina y su control, es genéricamente inviable en términos de Oudshoorn. La autora muestra “cómo la fabricación de nueva tecnología anticonceptiva para hombres culturalmente viable requiere de la desestabilización de las performances convencionalizadas de las identidades de género” (Oudshoorn, 2004: 351). La autora identifica que en el terreno de la anticoncepción masculina –así como en el caso del Viagra- el dominio y control de la sexualidad, más que de la reproducción (y la responsabilidad del varón en ese proceso) aparecen como aspectos esenciales de la masculinidad. El siguiente relato arroja pistas para responder a esta interrogante:

Urólogo/a: Entonces eso que decís vos, no. Está lejos de nuestras posibilidades reales. Empezar a estudiar o a investigar seriamente. Porque sí tiene efectos colaterales la testosterona. Entonces la pregunta es, sería: ¿justifica una manipulación hormonal para lograr en el hombre el efecto de la anticoncepción? En la mujer la respuesta fue sí, ya hace muchos años. Capaz estaría bueno reverla (se ríe). Pero entonces yo te diría que no sé si justifica. Porque no estás hablando de efectos colaterales que puedan presentarse cuando estás intentando volver a un paciente a una situación normal. Estás hablando de cosas que pasan por subir, por alterar la fisiología del hombre para lograr un objetivo. La estrogenoterapia en la mujer, post menopáusica, claro fue algo sumamente tentador. Fijate que los estrógenos, la reposición hormonal post menopáusica, la mujer mejoraba la calidad de su piel, ni qué hablar con la sexualidad, el deseo sexual, con las condiciones locales para el coito, todo eso. Pero 10 o 15 años después empezaron a ver mayores índices de cáncer.... Y hoy por hoy están metidos en otra...no están haciendo esas sustituciones hormonales masivas. Pero por algo, por algo las mujeres en la menopausia bajan los niveles estrogénicos y deja de menstruar. Por eso nosotros...la menopausia es un efecto fisiológico en la mujer. La andropausia es un efecto, es un fenómeno patológico en el hombre. El hombre baja los niveles de testosterona a lo largo de su vida. Pero en determinado rango.

Claro.

Urólogo/a: La andropausia o el hipogonadismo, es cuando se viola ese rango, se aumenta en franco descenso y se hace sintomático. Ahí es cuando lo tratamos. No cuando un hombre declina. Sino cuando tiene un declinamiento acentuado y sintomático. Esa es la diferencia. Así que tú propuesta creo que nos queda...

Frente a la pregunta si “¿justifica una manipulación hormonal para lograr en el hombre el efecto de la anticoncepción?” es el propio enunciador quien evidencia lo paradójal: la manipulación hormonal se ha desarrollado históricamente sobre el cuerpo de las mujeres. Mientras tanto, la manipulación hormonal en el varón, se justifica en

casos de disfunciones sexuales y produce alertas sobre los efectos colaterales, particularmente, sobre la infertilidad masculina. Para el caso estudiado entonces, el desarrollo de tecnología anticonceptiva hormonal para varones, requiere de la desestabilización del argumento que presenta los mecanismos reproductivos y los mecanismos del funcionamiento sexual como indisociables en los varones, y que legitima la idea de que *“en el varón está medio acotado con en el tema hormonal”*:

La anticoncepción siempre ha estado más guiada hacia la mujer. Y como anticoncepción masculina lo que siempre se optó fue por la vasectomía. No tenemos ninguna otra medicación. Porque toda la medicación que vos le puedas inhibir la formación de espermatozoides a un varón le vas a jorobar toda la parte sexual y de la libido. Es un poco distinto con la mujer. Porque ¿cómo hacés para inhibir la espermatogénesis? Tenés que dar hormonas que afecten el eje. Tenés que hacerlo entrar en una etapa casi de castración química. Eso no es una cosa muy viable como para un varón joven (...) Lo que pasa que la sexualidad y el ciclo reproductivo en la mujer está un poco más separado, porque la sexualidad femenina en realidad es todo un misterio. Tiene mucha base orgánica mucho contexto hormonal pero tiene mucha base...En el varón eso es como un poco más, no sé si sencilla es la palabra pero, es más...todo medio más junto. (...). Por eso la anticoncepción masculina nunca funcionó mucho. (...) Es un poco difícil lograr el equilibrio entre inhibir la formación de espermatozoides y no afectarle la libido sobre todo al varón. Es un poco complicado. (Urólogo/a)

El argumento de que la razón por la que se ha estudiado más la anticoncepción femenina es que la manipulación hormonal no afecta tanto a la sexualidad, apareció con fuerza en el campo y requiere de mayores indagaciones. El análisis realizado en este apartado nos permite sostener que en base a la diferencia sexual, se despliegan discursos biomédicos sobre las sexualidades masculinas y femeninas como argumento para la ausencia de avance tecnológico en términos de anticoncepción dirigida a varones. Es decir, la escasez de investigación biomédica sobre la reproducción masculina en Uruguay, ya sea en su faceta de (in)fertilidad, como en su faceta de anticoncepción, se fundamenta en discursos génerizantes, con base en el dualismo sexual heteronormativo.

Discusiones finales.

Pensar el “ser varón” en Uruguay desde los debates en torno a la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*.

En esta tesis me interrogué por los debates en torno a la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*, indagando en la opción por la vasectomía entendida como un analizador de masculinidades en el Uruguay contemporáneo.

Durante el proceso analítico, intenté responder algunas preguntas centrales: ¿Qué discursos hegemónicos producen y propagan las políticas públicas sobre salud reproductiva y las instituciones prestadoras de salud en relación a los sujetos reproductivos masculinos, su participación en el campo de la anticoncepción, en especial en relación a la vasectomía? ¿En qué medida y de qué forma los efectores de la salud se apropian, recrean y/o discuten con esos discursos hegemónicos? ¿Cuáles son las prácticas y significados de los efectores de salud en torno a la opción por la vasectomía en el contexto uruguayo contemporáneo?

Describí el panorama del comportamiento reproductivo contemporáneo en Uruguay, cuyas principales tendencias implican el sobreenvjecimiento de la estructura poblacional y el bajo crecimiento poblacional que es característico en el país desde sus orígenes como Estado-Nación. Más allá de los miedos sociales en torno a ser un pueblo viejo con signos de extinción, los estudios estiman que -aunque muy levemente- la población seguirá creciendo y ello no supone un problema demográfico relevante. Sin embargo, el heterogéneo comportamiento reproductivo en los diferentes sectores sociales de la población derivado de las desigualdades socio-económicas que se expresan en el campo de la fecundidad, sí constituyen un problema central para las políticas sanitarias en la medida en que se configuran al menos dos modelos reproductivos definidos demográficamente.

Para comprender la dimensión demográfica y los debates actuales sobre políticas de población, incorporé una mirada histórica que permitió problematizar la idea de que Uruguay es un país de excepción a nivel latinoamericano. El análisis se situó en los debates gestados en las primeras décadas del novecientos, donde es posible ubicar el inicio del control de la natalidad en Uruguay junto con el surgimiento de una nueva moral en la esfera privada. A mitad de siglo es posible identificar, además, el modo en que comienza a operar el mito de la igualdad en Uruguay entre varones y mujeres y de sociedad hiperintergrada, invisibilizando la diversidad.

Realicé un breve panorama del surgimiento y desarrollo de las políticas en salud sexual y salud reproductiva en Uruguay en las últimas décadas que dialogan con agendas morales y político-partidarias.

El Estado uruguayo mostró interés por la salud sexual y reproductiva de forma tardía, particularmente a partir de la década de los noventa luego de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) que produjo un cambio de paradigma, del enfoque materno-infantil a los derechos sexuales y reproductivos, con el interés en la inclusión de los varones como sujetos de las políticas públicas. Encontré cierto consenso en la bibliografía revisada en que es a partir de la transición democrática que el país retoma el debate social y parlamentario en torno a los derechos del cuerpo, con énfasis en la problemática del aborto voluntario. Sin embargo, la revisión de los Diarios de Sesiones del Consejo de Estado que actuó durante el período de la dictadura cívico-militar, en su discusión sobre un Proyecto de Regulación de venta de anticonceptivos, me permiten abonar la hipótesis de que el paradigma contemporáneo de los Derechos (derechos a la salud, derechos a la salud reproductiva, derechos a la salud sexual), invisibilizó la presencia de otros paradigmas presentes en los debates sobre el disciplinamiento *versus* la autonomía de la esfera íntima durante la dictadura cívico- militar en Uruguay. Como mostré, los

argumentos esgrimidos en el Consejo de Estado en torno al mencionado proyecto -por ejemplo “el libre albedrío para responder del número de hijos, determinar el número de éstos sobre los cuales debe hacerse responsable en materia de crianza y de educación, y no decretar métodos que pueden ser gravosos”- dialogan con argumentos contemporáneos sobre el derecho a decidir. Lo que resulta una paradoja de la época pone por lo menos en cuestión la idea de que durante este período del país la lucha de sentidos sobre lo privado no es tematizada. De este modo, el estudio de las agendas morales sobre los derechos y decisiones individuales sobre el cuerpo debería integrar también este período.

En la periodización incorporé el surgimiento del Movimiento de Liberación Masculina en la década de los ochenta, integrado por varones profesionales de clase media que impulsaron líneas de investigación y *advocacy* en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos. Queda planteada la pertinencia de profundizar el análisis sobre este movimiento fundamentándola por lo menos, en tres aspectos significativos. En términos de *decisiones reproductivas* varios de ellos optaron por la vasectomía como método anticonceptivo definitivo, en un contexto donde las políticas públicas no propiciaban los métodos anticonceptivos con control masculino e incluso invisibilizaron los métodos anticonceptivos quirúrgicos. En términos de *políticas públicas*, algunos de los varones que integraron el Movimiento posteriormente asumieron roles como tomadores de decisión en ámbitos institucionales vinculados a la salud, impulsando enfoques relacionales en términos de género y desde las masculinidades. En términos de *movimiento social*, profundizar en estas voces masculinas no hegemónicas (y sus producciones), puede enriquecer el análisis del campo de la salud reproductiva y de la lucha por los derechos del cuerpo en Uruguay.

Relevé las fuentes disponibles que permiten afirmar que en Uruguay es escaso y disperso el conocimiento de las prácticas anticonceptivas de la población. Aún así, la información disponible sobre métodos anticonceptivos entre varones y mujeres, muestran el uso extendido de anticonceptivos entre la población uruguaya, al tiempo

que los costos corporales de la anticoncepción son asumidos mayormente por las mujeres.

Luego, di cuenta de los antecedentes y del contexto de promulgación de la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” en 2008, entendida como punto de inflexión en el terreno de las políticas públicas dirigidas a varones y de desnaturalización de la tradicional díada mujer-control reproductivo. En el recorrido mostré cómo los debates que circularon en torno a un proyecto de ley sobre despenalización del aborto voluntario, no dedicaron atención a los derechos reproductivos de los varones, sujeto que -sin embargo- emerge en el texto final de la Ley. En tal sentido, mostré que en términos de legislación en la región, en particular respecto al caso argentino, la Ley 18.426 presenta ciertas características que supone entenderla como un resultado no esperado de demandas sociales urgentes en torno a la despenalización del aborto. El resultado implica el reconocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos de varones, no contemplados hasta el momento ni por las políticas públicas, ni por las instituciones prestadoras de salud.

Sinteticé las principales características de los servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva, que se organizan a partir de la reglamentación de la Ley en el año 2010, entendiéndolos como una oportunidad para el involucramiento de los varones. Del análisis de este proceso surge que la implementación de la política supone la continuación de la lucha discursiva y de sentidos en nuevos territorios.

Dos asuntos claves aparecieron en el campo como desafíos en relación a la participación de los varones en los servicios de salud: la dificultad para que lleguen en forma oportuna y el vínculo restringido, tradicionalmente construido en términos de salud sexual y salud reproductiva varón-urólogo/a. Intentando articular ambos nudos, propuse la categoría de análisis “varón-paciente-usuario”, que da cuenta de una posición liminal en que el varón es colocado discursivamente desde la mirada de los profesionales de la salud. Estas representaciones permiten ubicar a los varones en un lugar inteligible como sujetos de los servicios de salud ya que el desafío es que los varones se adapten a un sistema de salud que no los reconoce ni como pacientes

(porque quienes son pacientes son las mujeres), ni como usuarios (porque los varones no consultan).

La categoría “varón-paciente-usuario” toma diferentes sentidos según la procedencia técnico-disciplinar de los profesionales con los que trabajé. En este sentido, propuse la categoría de clasificación “urólogos/as *versus* otros profesionales” que da cuenta del modo diferencial en que los efectores de salud representan y presentan a los varones. Al mismo tiempo, queda planteada la idea de que los discursos de género sobre los varones usuarios están marcados por la posición de los efectores en ese espacio social que es el servicio de salud y las formas en que las disciplinas se masculinizan, como es el caso de la medicina urológica.

Finalmente, respecto de este eje temático, evidencié el emergente sanitario “consultas de varones sobre disfunciones sexuales”, mayormente visibilizado y valorado por los efectores de salud, en relación a las consultas de varones por anticoncepción. Fundamenté que la emergencia de esta problemática puede entenderse como expresión de resistencia de los efectores de salud respecto a conceptualizar atributos propios de la feminidad occidental -como la pasividad y receptividad- encarnados en cuerpos masculinos. Para el caso analizado, la situación que desafía los atributos asociados con el “ser varón” es el proceso que coloca a los varones en *sujeto-paciente* siendo más claro el desorden de género cuando se trata del *sujeto-paciente-reproductivo*. Aparece entonces en los discursos la necesidad de ciertos cuidados para atender a los varones, como un ambiente propicio, disposición, tiempo y nuevos arreglos en los equipos técnicos.

Me concentré en el caso de la vasectomía como analizador de masculinidades. Propuse comprender el proceso de significación de la vasectomía en Uruguay como biografía, en el marco de diferentes paradigmas de atención en salud reproductiva, desde su histórica invisibilización como opción anticonceptiva a la actual significación como derecho reproductivo de los varones. En este proceso cobra centralidad el diálogo del argumento jurídico y el contexto normativo con el ejercicio profesional, lo que deviene en la permanencia de barreras para el acceso a la anticoncepción

quirúrgica, acceso que, por tanto, se daba de modo muy diverso en las distintas instituciones sanitarias al momento del trabajo de campo. Esta situación marca rutas de acceso diferenciales, particularmente en relación a los servicios de salud de nivel mutual y a los servicios de salud que se encuentran en el Primer Nivel de Atención.

Estos aspectos, junto al desconocimiento normativo de algunos profesionales desempeñándose en el nivel hospitalario respecto al derecho a la anticoncepción quirúrgica y la resistencia a derivar a otro profesional en casos de objeción de conciencia, dejan planteados nuevos campos de indagación.

Respecto de la opción por la vasectomía, en el caso de la Red de Atención Primaria de ASSE los efectores de salud plantearon que actualmente no existe el varón-paciente-usuario. Ello connota representaciones sobre un ideal que se expresa en la metáfora del varón- mártir, aquel que tendría la capacidad de atravesar las barreras institucionales, culturales o de formación para el acceso a la vasectomía. En contraposición, de modo interesante las representaciones de los efectores de salud que se desempeñan a nivel mutual sobre los varones que efectivamente hacen uso de los servicios de salud sexual y reproductiva, se aleja de la imagen heroica del varón, minimizando la complejidad de la ruta de acceso y el proceso de toma de decisiones que se expresa en la idea de la opción por la vasectomía “como método anticonceptivo”.

Sin embargo, di cuenta de que al representar a los varones-pacientes-usuarios, los efectores de salud que actualmente interactúan con varones concretos en los servicios de salud, ponen en juego otras moralidades para pensar el ser varón en Uruguay, como el valor de la familia y el cuidado de la pareja, contexto y argumento entendidos como razonables para la intervención. Por otra parte, esta situación se diferencia de la “decisión distinguida” que aparecía antes de la Ley, en tanto encierra la idea de derechos reproductivos ganados por los varones. Por tanto, sostengo que actualmente en Uruguay acceder a la vasectomía ya no supone traspasar barreras de forma heroica y/o martirizante, sino más bien, una actitud de reclamo del derecho adquirido, reclamo que considero, no está exento de tensiones. En este proceso, en

los discursos de los efectores de salud aparecen representaciones sobre los varones no instruidos, imagen vinculada estrechamente con la de varones jóvenes, que en la demanda de vasectomía estarían subvirtiendo el mandato de paternidad, optando por un método anticonceptivo sin considerar la irreversibilidad de la técnica.

Analice los sentidos emergentes en torno a la vasectomía en tres ejes que aparecieron como claves: la forma en que se describe el procedimiento técnico, el carácter de irreversibilidad y la esterilidad que trae como consecuencia la intervención. En los relatos desde la urología aparece un escaso valor en términos de prestigio asignado a la vasectomía en dos aspectos: implica un procedimiento quirúrgico sencillo que no requiere de experticia técnica y su tratamiento tiene poca legitimidad. En contraposición, la posibilidad técnica de revertir sus efectos implica un procedimiento complejo de microcirugía, que sí requiere de experticia y aun así, no garantiza resultados exitosos. De allí que la opción por la vasectomía connote fuertemente la idea de decisión definitiva. Observé entonces que la promulgación de la Ley 18.426 produce en los discursos y en las prácticas de los efectores de salud una mayor centralidad en la noción de “irreversibilidad”, sustituyendo a la de “lesión gravísima”, ya que éste último argumento médico-jurídico actualmente estaría contemplado en la obligatoriedad del consentimiento informado.

La noción de irreversibilidad de la técnica apareció fundamentalmente cuando los efectores de salud se refieren a la decisión por la vasectomía en varones jóvenes, especialmente menores de treinta años, situación donde aparece un límite en la tolerancia al derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Este límite puede tramitarse en la práctica derivando a otro profesional (bajo el recurso de la objeción de conciencia) y en ocasiones a través de una estrategia discursiva que patologiza la demanda por la esterilización. Vinculado a este asunto, sostuve que la idea de “quedar estéril” es una categoría nativa, propia de la medicina urológica, que pone en juego argumentos morales y valorativos (sobre la vida en pareja, sobre la paternidad) y la problematización del deseo de esterilidad.

Focalicé en el mayor interés por parte de los varones y profesionales hacia la llamada “salud sexual”, que en relación a la llamada “salud reproductiva”, que registré en el campo, lo que fue útil para tematizar acerca del cuerpo de los varones, la diferencia sexual y los procesos considerados característicos de las sexualidades masculinas y femeninas. Me pregunté entonces ¿de qué modo aparece en el campo el cuerpo sexuado para pensar la tríada *varones- decisiones reproductivas- anticoncepción*? Responder a esta interrogante implicó dos niveles de análisis, el primero, vinculado al varón como sujeto reproductivo y el segundo, a la especificidad de la experiencia masculina de la sexualidad.

En relación al primer nivel, apareció una tensión constante entre el reconocimiento de los varones como sujetos reproductivos, por un lado, y las barreras culturales y de formación que impiden que en el terreno de la salud reproductiva los varones sean nominados, por el otro. En estas barreras, se incluyen también los miedos frente al avance de los varones en el control de los cuerpos de las mujeres y su fecundidad.

En el segundo nivel de análisis, apareció con fuerza en el campo el argumento de que la razón por la que se ha estudiado más la anticoncepción femenina es que la manipulación hormonal no afecta tanto a la sexualidad. El análisis realizado me permite sostener que en base a la diferencia sexual se despliegan discursos biomédicos sobre las sexualidades masculinas y femeninas como argumento para la ausencia de avance tecnológico en términos de anticoncepción dirigida a varones. Es decir, la escasez de investigación biomédica sobre la reproducción masculina en Uruguay, ya sea en su faceta de (in)fertilidad, como en su faceta de anticoncepción, se fundamenta en discursos generizantes, con base en el dualismo sexual heteronormativo por parte de los profesionales de la salud.

Partiendo de las preguntas iniciales y luego de dar cuenta del recorrido realizado en la tesis, propongo discutir en qué medida esta investigación centrada en

la tríada *varones-decisiones reproductivas-anticoncepción* permite pensar el “ser varón” en el Uruguay contemporáneo.

Destaco que el foco puesto en los varones tensó parte de los supuestos que subyacen a las concepciones sobre la esfera íntima, al indagar en torno a la dimensión tradicionalmente feminizada del control de la reproducción, cuando los sujetos que ejercen derechos y -en ocasiones- reclaman cierta justicia erótica, no son ya los "otros/as" de la historia, sino varones heterosexuales. Evidencié cómo esta tensión moviliza en los efectores de salud estrategias discursivas que redefinen los espacios generizados: al asumir la no priorización del tema, al des-jerarquizarlo como problema o al desplazar la atención a la salud sexual, se mantiene a los varones fuera del terreno de la reproducción y por tanto de una posible feminización. Estas estrategias colaboran entonces en comprender la aparente contradicción que se les presenta a los profesionales de la salud entre la feminización de la reproducción y la efectiva participación de los varones en dicho espacio. Ello permite abonar la idea de que el campo de la reproducción y su control no es un criterio definitorio -como sí parece serlo la sexualidad- en los procesos sociales de construcción de masculinidades en el Uruguay contemporáneo.

La investigación deja en evidencia un proceso de transformaciones a nivel institucional y normativo en relación a la salud sexual y a la salud reproductiva, pero también se observan continuidades. En este proceso queda expresada la politicidad de la esfera íntima en un Estado- Nación que históricamente, se ha preocupado por la activa participación en dicha esfera. Esta preocupación, como intenté mostrar, se ha dado de modo ambiguo entre ser un “país de avanzada” en términos de derechos ciudadanos y la construcción de un modelo igualitario construido sobre la anulación de la diferencia. En este sentido, la dimensión de clase social aparece en tanto el tipo ideal del varón que opta por la vasectomía es pensado como el varón de clase media, intelectual. Por otro lado, parece relevante destacar el hecho de que la dimensión de clase social no surge espontáneamente en los discursos de los efectores de salud sobre las decisiones reproductivas de los varones como sí aparece para el caso de la

ligadura tubaria, tradicionalmente concebido desde los profesionales de la salud como método anticonceptivo dirigido a mujeres que ya han tenido hijos y se encuentran en condiciones de vulnerabilidad socio-económica. Adicionalmente, como línea a explorar, queda planteada la hipótesis de la blanquitud no marcada de los varones usuarios desde los discursos de los efectores de salud. La dimensión de raza- etnia no aparece como dimensión enunciada para pensar los modos de ser varón en términos de decisiones reproductivas y anticoncepción.

De la investigación concluyo que la vasectomía es un lente-analizador productivo para pensar masculinidades en la medida en que hace visibles sentidos, categorías y sistemas de clasificación sobre el ser varón.

La opción por la vasectomía no está expresada en demandas sociales, como sí ha sucedido con el aborto voluntario. La vasectomía aparece como una práctica que se va extendiendo en la población, en la medida que los contextos sanitarios lo habilitan. Como práctica anticonceptiva novedosa ha pasado desapercibida y minimizada en relación a otras situaciones sanitarias lo que no contribuye al reconocimiento de los varones como sujetos reproductivos.

Como hipótesis que requiere ser profundizada, argumento que en la sociedad uruguaya, que ha controlado en forma temprana su fecundidad, donde el uso de métodos anticonceptivos es extendido y actualmente se debate sobre el reemplazo poblacional, la vasectomía no implica tanto un peligro por su cualidad de límite a la reproducción de la población en su conjunto, como por su cualidad de límite a la reproducción en algún momento de la trayectoria afectivo-sexual de los varones concretos y por tanto, de feminización latente. Esta hipótesis abre un campo de indagación. El contrapunto con este riesgo de feminización, son las estrategias discursivas que los profesionales de la salud despliegan en relación a la esfera de la sexualidad de los varones y particularmente la atención y cuidado que depositan en relación a las disfunciones en dicha esfera.

Para sintetizar, dejo planteadas algunas líneas de análisis cuyo desarrollo contribuiría a mejorar la comprensión de los modos en que la esfera íntima ha sido tematizada y producida en el caso uruguayo. Las tres líneas que se describen a continuación comparten la necesidad de incluir una perspectiva histórica, en diálogo con lo que ha sucedido al respecto en la región.

El primer desafío analítico es el de profundizar en el tratamiento de la esfera íntima en el período de la dictadura cívico- militar, situándose en las discusiones generadas entre los integrantes del Consejo de Estado, dando cuenta de las continuidades y discontinuidades en relación a argumentos contemporáneos sobre el derecho a decidir.

La esfera íntima en la etapa de transición democrática también requiere ser problematizada. Por un lado, en relación a las dificultades que la izquierda uruguaya tuvo durante la transición democrática para trabajar en torno a las políticas del cuerpo y la sexualidad y los modos en que discursivamente se invisibilizó el autoritarismo moral de la dictadura cívico-militar. Por otro lado, una mirada más atenta a la década de los ochenta y a los movimientos sociales visibilizaría voces masculinas que han pasado desapercibidas en los grandes relatos sobre derechos sexuales y reproductivos, particularmente, en un país donde las luchas en este terreno han sido fuertemente institucionalizadas.

Finalmente, a partir de la relevancia asignada por profesionales y usuarios a las disfunciones sexuales de varones, el estudio de la salud sexual de los varones resulta un campo de indagación sumamente fértil. Ello implicaría el análisis de la medicalización de la sexualidad con énfasis en la construcción de la medicina urológica sobre el cuerpo sexuado, en perspectiva histórica. Requiere la inclusión de una perspectiva de desigualdades que incorpore, además de la dimensión de género y sexualidad, las dimensiones de clase social, raza-etnia, edad y un enfoque territorial para interrogarse por los efectos en la subjetividad de los varones usuarios de servicios de salud y el modo en que en los procesos de orientación ponen en juego modelos dominantes y subalternos de masculinidades.

Referencias

Bibliográficas

AIRE-MSP (2009) *Salud de los hombres uruguayos desde una perspectiva de género (Informe de Investigación)*, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, MSP. Disponible en: www.unfpa.org.uy

AMORIN, David (2007) *Adulterio y Masculinidad. La crisis después de los 40*. Psicolibros, Waslala, Montevideo.

AMUCHÁSTEGUI, Ana (2006) “¿Masculinidad(es)?: los riesgos de una categoría en construcción”, en Careaga, G. y Cruz Sierra, S. (coord.), *Debates sobre masculinidades*, Universidad Nacional Autónoma de México, PUEG, México DF.

ARILHA, Margareth (1999) “Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão” En: K.Griffin y S. Hawker Costa (org.) *Questões da saúde reprodutiva*, Ed. Fiocruz pp 455-467, Rio de Janeiro.

ALTHABE G. y HERNÁNDEZ V. A. (2005) “Implicación y reflexividad”, en Hernández et al. (comps.), *Etnografías Globalizadas*, ediciones SAA, Bs. As., 2005, páginas 71 a 90.

ARCHETTI, E. (2003) *Masculinidades. Fútbol, tango y polo en la Argentina*, Editorial Antropofagia, Buenos Aires.

BADARÓ, Máximo (2009) *Militares o ciudadanos: la formación de los oficiales del ejército argentino*, Prometo Libros, Buenos Aires.

BARRÁN, José Pedro (1995) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo 3 La invención del cuerpo*, Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

BARRÁN, José Pedro (2008) *Intimidad, divorcio y nueva moral en el Uruguay del novecientos*, Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

BARTH, Fredrik, (1976) *Los grupos étnicos y sus fronteras*, FCE, México.

BERGESIO (2001) “Informantes vengan a mi...pero no tanto. Instancias personales y afectivas del trabajo de campo como vías para el conocimiento”, en III Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos (IDES, CAS-GTTCE), 7 y 8 de junio del 2001.

BIDEGAIN PONTE, Germán (2007) "Fundamentos teóricos de los parlamentarios al legislar sobre aborto", en Abracinskas, L; López Gómez, A (Coord.) *El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*, MYSU, Montevideo.

BOURDIEU, Pierre (1998) *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, Editorial Taurus, Barcelona.

BOURDIEU, Pierre (2000) *La dominación Masculina*, Anagrama, Barcelona.

BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loïc (2005) *Una invitación a la sociología reflexiva*, Editorial SXXI, Buenos Aires.

BRIGGS, C. (2003) *Learning how to ask. A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research*, Cambridge University Press, Reino Unido.

BRIOZZO, Leonel (Ed.) (2007) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Iniciativas Sanitarias, Editorial Arena, Montevideo.

BROWN, Josefina (2006) "De cuando lo privado se hace público, o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza", en PETRACCI, Mónica y RAMOS, Silvina (Comp.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)-Fondo de Población de Naciones Unidas en Argentina (UNFPA), Buenos Aires.

BROWN, Josefina Leonor, (2009) "Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad", en Sexualidad, salud y sociedad, Revista Latinoamericana, vol 2. Disponible en línea: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad> (septiembre del 2009).

CABELLA, Wanda y FERNÁNDEZ SOTO, Mariana (2013) "Nupcialidad: hoy es más raro casarse que juntarse", en Daniel Erosa, Ignacio Pardo y Juan José Calvo (ed.) *Detrás de los tres millones. La población uruguaya luego del Censo 2011*, Brecha, Programa de Población-UdelaR, Montevideo.

CAETANO, Gerardo (1998) "Lo privado desde lo público. Ciudadanía, nación y vida privada en el Centenario", en Barrán, J P; Caetano, G; Porzecanski, T, (dir.) *Historias de la vida privada en el Uruguay. Individuo y soledades 1920-1990*, Ediciones Taurus, Montevideo.

CAIROLI MARTINEZ, Milton (1998) *Curso de Derecho Penal uruguayo. Parte Especial. Tomo III*, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo.

CALVO, Juan José y PELLEGRINO, Adella (2013) "Uruguay y sus retos demográficos", en Daniel Erosa, Ignacio Pardo y Juan José Calvo (ed.) *Detrás de los tres millones. La población uruguaya luego del Censo 2011*, Brecha, Programa de Población-UdelaR, Montevideo, 2013.

CAMPBELL-WALSH (2008) *Urología*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 9na. Edición, (Capítulos 18 "Fisiología reproductiva masculina" y 34 "Cirugía del escroto y las vesículas seminales").

CAREAGA, Gloria y SIERRA, Salvador Cruz (coord.) (2006) *Debates sobre masculinidades. Poder, Desarrollo, Políticas Públicas y Ciudadanías*, UNAM, PUEG, México.

CARRIL, E. y LÓPEZ GÓMEZ, A. (2010) "Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud", en *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Facultad de Psicología-UdelaR, Nro. 2, año 2010. Disponible en: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/aborto-voluntaro.pdf> Fecha de acceso: 7 de marzo 2014

Cátedra libre en Salud reproductiva, Sexualidad y Género (2006) *Segundo Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en investigación nacional*, UDELAR.

CELIBERTI, Lilián y GOBBI, Carina (Coord.) (1999) *El Estado uruguayo y las mujeres: Monitoreo de Políticas públicas*, Comisión Nacional de Seguimiento a los Compromisos de Beijing, Cotidiano Mujer, FNUAP-UNIFEM, Montevideo.

CEPEDA, A. (2008) "Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006)", en *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, n° 2, julio de 2008. Disponible en: <http://ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/artic14.pdf>

CONNELL, R. (2005) *Masculinities*, University of California Press, Los Angeles.

CONNELL, R. (2013) *Gender. In World Perspective*, Polity, Cambridge.

CORNWALL, A. y LINDISFARNE, N. (1994) "Dislocating masculinity: gender, power and anthropology", en Cornwall, A. y Lindisfarne, N. (edit.), *Dislocating masculinity: Comparative ethnographies*, Routledge, New York.

CHACKIEL, Juan (2004) *La dinámica demográfica en América Latina*, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

CNS (2006) *Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva*, Edición de CNS Mujeres, Montevideo.

DAVERIO, Andrea (2005) “Entre la 'retórica y la práctica': salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires (1987-2004)”, A Thesis submitted to the Faculty of the Graduate School of Arts and Sciences of Georgetown University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in Development Management and Policy, Buenos Aires, Mimeo.

DEL RÍO FORTUNA, Cynthia (2013) "Población, reproducción y derechos: un estudio comparativo de la política de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Brasil y Argentina", en Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad, Nro. 13, abril 2013, páginas 9-42, Disponible en: www.sexualidadsaludysociedad.org Fecha de acceso: mayo 2013

DERRIDA, Jacques (1994) “Las pupilas de la Universidad. El principio de razón y la idea de universidad”, en *Hermenéutica y racionalidad*, Gianni Vattimo (Comp.), Editorial Norma, Santa Fe de Bogotá.

INFESTA DOMINGUEZ, Graciela (2012) “Varones y servicios de salud sexual y reproductiva: la visión de autoridades de salud en Argentina”, en Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad 2(2), 106-141 (noviembre, 2012). Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/> Fecha de acceso: 7 de marzo 2014.

DOS SANTOS, I., ESPASANDÍN, V., y ROSTAGNOL, S. (2004) “Varones adolescentes y jóvenes frente a la sexualidad y a la regulación de la fecundidad”, en Actas VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino (Córdoba, Argentina) 25-28 de mayo 2004.

ESQUIVEL, V., FAUR, E., y JELIN, E. (2009) “Hacia la conceptualización de la organización social del cuidado”, Documento conceptual del proyecto La economía política social de cuidado: Un enfoque intersectorial para promover la igualdad de género, y los derechos humanos de mujeres, niños, niñas y adolescentes. UNICEF-UNPFA-IDES. Mayo 2009, Buenos Aires.

EROSA, Daniel, PARDO, Ignacio, y CALVO, Juan José (ed.) (2013) *Detrás de los tres millones. La población uruguaya luego del Censo 2011*, Brecha, Programa de Población-UdelaR, Montevideo, 2013.

EVIA, Victoria (2014) "Representaciones sociales, estrategias y experiencias de usuarios y trabajadores de la salud en los procesos de salud-enfermedad-atención. Etnografía en una policlínica del Primer Nivel de Atención dependiente del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, ASSE", tesis para defender el título de Maestría en Ciencias Humanas, opción Antropología de la Cuenca del Plata, FHCE, UdelAR. Mimeo.

FAUR, Eleonor (2005) "Masculinidades y familias", en *Democratización de las familias*, UNICEF, Oficina de Argentina, Buenos Aires.

FAUSTO-STERLING, Anne (2006) *Cuerpos Sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*, Melusina, Barcelona.

SCHMUKER, Eric Morales (2012) *La revolución de la píldora: sexualidad y política en los sesenta*, Karina Felitti, Edhasa, Buenos Aires. Reseña en *La Aljaba Segunda época*, Volumen XVII, 2013, pp. 207-210.

FIGUEROA PEREA, Juan Guillermo (2006) "¿Y si hablamos de derechos humanos en la reproducción, podríamos incluir a los varones?", en Careaga, G. y Cruz Sierra, S. (coord.), *Debates sobre masculinidades*, Universidad Nacional Autónoma de México, PUEG, México DF.

FONSECA, Claudia (2005) "Paternidade brasileira na era do DNA: a certeza que pariu a dúvida", en *Cuadernos de Antropología Social* N° 22, pp. 27-51, 2005, FFyL – UBA.

FOUCAULT, Michel (1994) "Foucault", en *M. Foucault, Dits et Écrits*, EWALD, F., DEFERT, D. (Eds.), t. IV, pp. 631-636, Gallimard, París. Traducción de Jorge Dávila. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/15921/1/davila-foucault.pdf>

FOUCAULT, Michel, (1998) *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*, Siglo XXI editores, Madrid.

FRIEDMAN, David, (2010) *Una historia cultural del pene*, Editorial Océano, México DF.

GADAMER H. G. (1993) *Verdad y Método I. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*, Sígueme, Buenos Aires, (pp 331-353).

GERMANI, Gino (1987) *Estructura social de la Argentina. Análisis estadístico*, Ediciones Solar, 1era edición 1955, Buenos Aires.

GIAMI, A y RUSSO J. (2011) “Presentación”, en GOGNA, Mónica, JONES, Daniel, y IBARLUCÍA, Inés (2011) *Sexualidad, ciencia y profesión en América Latina: el campo de la sexología en la Argentina*, CEPESC, Río de Janeiro.

GOGNA, Mónica, JONES, Daniel y IBARLUCÍA, Inés (2011) *Sexualidad, ciencia y profesión en América Latina: el campo de la sexología en la Argentina*, CEPESC, Río de Janeiro.

GRABINO, Valeria (2007) “Identidades de género en juego: Itinerarios de salud sexual y reproductiva en una población del medio rural uruguayo”, Investigación de Grado presentado para Taller II de la Licenciatura de Ciencias Antropológicas (FHUCE-UdelaR). Mimeo.

GOMENSORO, Arnaldo (1987) “La condición masculina. Un nuevo enfoque de la opresión sexual”, Ponencia presentada en las Jornadas Rosarino-uruguayas de Sexualidad Humana, 10 y 11 de abril 1987. Mimeo.

GOMENSORO, A., LUTZ, E., GÜIDA, C. y CORSINO, D. (1998) *Ser varón en el Dos Mil. La crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones*, Edición de los autores (ETHOS) con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Montevideo.

GUBER, R. (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*, Editorial Norma, Buenos Aires.

GUBER, R. (2004) *El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Paidós, Buenos Aires.

GUIGOU, Nicolás (2000) “De la religión civil: Identidad, representaciones y mito-praxis en el Uruguay. Algunos aspectos teóricos.” en Sonia Romero Gorski (comp.) Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay, Departamento de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Editorial Nordan.

GÜIDA, Carlos (2003) “El papel de los servicios de salud reproductiva en la consolidación de las masculinidades hegemónicas”, en Masculinidad, Revista Nro. 3, Tomo 6, AUDEPP. Montevideo.

GÜIDA, Carlos (2006) “Equidad de género y políticas en Uruguay. Avances y resistencias en contextos complejos”, en Careaga, G. y Cruz Sierra, S. (coord.): *Debates sobre masculinidades*, Universidad Nacional Autónoma de México, PUEG, México DF.

GÜIDA, Carlos (2011) “Varones, paternidades y políticas públicas en el primer gobierno progresista uruguayo”, en Francisco Aguayo y Michelle Sadler (editores),

Masculinidades y Políticas Públicas: Involucrando Hombres en la Equidad de Género, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología.

GUTMANN, Matthew 2009. "Planning men out of family planning: A case study from Mexico", en *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Revista Latinoamericana, n.1 - 2009 - pp.104-124 Disponible en: www.sexualidadsaludysociedad.org

HEILBORN, María Luisa (2006) "Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis", en Ma. Luisa Heilborn, Estela M. L., Aquino, Michel Bozon, Daniela Riva Knauth (Organizadores). *O aprendizado da sexualidade. Reprodução, e trajetórias sociais de jovens brasileiros*, CEPESC, Centro de Estudios e Investigaciones en Salud Colectiva, Ediciones Garamond Universitaria y Editorial Fiocruz, Rio de Janeiro.

HÉRITIER, F. (2007) *Masculino/Femenino II. Disolver la diferencia*, FCE, Buenos Aires.

HERNÁNDEZ, V. (2006) "Perspectiva antropológica y producción de jerarquías", en *Cuadernos de Antropología social*, UBA, n. 23, Bs As, pp. 57-80.

HERNÁNDEZ, V. (2008) "(Auto)biografía y producción de conocimiento: un nuevo giro al concepto de reflexividad", en Hernández y Svampa (eds.) *Gérard Althabe, entre varios mundos: reflexividad, conocimiento y compromiso*, Prometeo Libros, Buenos Aires, pp. 9-26.

HIDALGO, C (2006)"Reflexividades", en Hidalgo C. y Hernández V. A. (comps.), *Cuadernos de Antropología social*, n°23, (pp. 45-56).

HUERTA ROJAS, Fernando (2007) "El cuerpo masculino como escenario de la vasectomía: una experiencia con un grupo de hombres de las ciudades de México y Puebla", en Amuchástegui y Szasz (coord.). *Sucede que me canso de ser hombre: relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, El Colegio de México, Centro de Estudios Ambientales, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México, DF.

INE (2011) Informe "Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad", Montevideo. Disponible en: www.ine.gub.uy

ISLA, A. (2006) "Violencias públicas y privadas en la producción de familia y género", en *Entre santos, cumbias y piquetes. Las culturas populares en la Argentina reciente*, Míguez D. Y Seman P. (Ed.), Biblos, Buenos Aires.

JELIN, E. (1994) "¿Antes, de, en, y? Mujeres, Derechos Humanos" en: *América Hoy*, noviembre, N° 9, Universidad de Salamanca, Salamanca, España, pp. 7-23.

JELIN, E. (2011) “Los derechos como resultado de luchas históricas”, en JELIN, E., CAGGIANO, S. Y MOMBELLO, L. (Eds.), *Por los derechos. Mujeres y hombres en la acción colectiva*, Nueva Trilce, Buenos Aires, pp. 21-34.

JOHNSON, Niki, LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra, SAPRIZA, Graciela, CASTRO, Alicia y ARRIBELTZ, Gualberto (2011) *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordajes interdisciplinarios sobre una realidad compleja*, Colección Art. 2, CSIC-UdelaR, Montevideo.

JOHNSON, Niki (2011) “El tratamiento de la despenalización del aborto en el ámbito político-parlamentario”, en JOHNSON, Niki, López Gómez, Alejandra, Sapriza, Graciela, Castro, Alicia y Arribeltz Gualberto, *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordajes interdisciplinarios sobre una realidad compleja*. Colección Art. 2, CSIC-UdelaR, Montevideo.

JONES, Daniel (2007) “El debate parlamentario sobre la Ley de Defensa de la Salud Reproductiva en Uruguay”, en Abracinskas, L. y López Gómez, A. (Coord.) *El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*, MYSU, Montevideo.

LACOMBE, Andrea (2006) *"Para hombre ya estoy yo": masculinidades y socialización lésbica en un bar del centro de Río de Janeiro*, Ediciones Antropofagia, Buenos Aires.

LAQUEUR, Thomas (1990) *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Ediciones Cátedra, Madrid.

LIMA DE MORAES, Lorena (2009) “Vasectomía: discurso médico x discurso religioso” Trabajo presentado en la VIII Reunión de Antropología del Mercosur, RAM, GT 19 Perspectivas antropológicas sobre sexualidades, salud y justicia. Mimeo.

LOLE DOS SANTOS, Ana Elizabeth (s/f) “Práticas Privadas da Esfera Pública”. Mimeo.

LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra y ROSTAGNOL, Susana (1998) “Políticas públicas, sexualidad y salud reproductiva”, en AEPA/ CEDES/ CENEP *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Trabajos del Tercer Taller de Investigaciones sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, 12-14 de agosto 1998, PP. 315- 329, Buenos Aires.

LÓPEZ, Alejandra y ROSTAGNOL, Susana (1999) "Salud Sexual y Reproductiva", en CELIBERTI, Lilián y GOBBI, Carina (Coord.), *El Estado uruguayo y las mujeres:*

Monitoreo de Políticas públicas, Comisión Nacional de Seguimiento a los Compromisos de Beijing, Cotidiano Mujer, FNUAP-UNIFEM, Montevideo.

LÓPEZ GÓMEZ A., BENIA, CONTERA, GÜIDA y ECHEVESTE (2003) “Factores vinculados a la aplicación de un programa de salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil en Montevideo – Uruguay”, en *Primer Encuentro Universitario: Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diálogos entre Universidad y Organizaciones de Sociedad Civil*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva Sexualidad y Género (Org.), Montevideo.

LÓPEZ GÓMEZ, A., ABRACINSKAS, L. y FURTADO, M. (2009) *Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción*, Cuadernos del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas-Uruguay, Año 3 N° 4, noviembre 2009.

LÓPEZ GÓMEZ, A. (coord.) (2012) "Transformaciones y permanencias en el campo de los Estudios de Masculinidades. Salud, sexualidad y diversidad", en Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad, Facultad de Psicología- UdelaR, Vol. 2, núm. 2 noviembre, 2012.

Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/issue/view/34>
Fecha de acceso: 7 de marzo 2014.

MAHMOOD, Saba (2006) “Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egipto”, Etnográfica, vol. X (1), pp. 121-158.

MARCHI, Nadia Maria, ed Alter (2005) “Opción por la vasectomía: ¿Participación masculina en la anticoncepción o falta de alternativas?”, en *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*, Pantelides, E. y López E (comp.). Paidós, Buenos Aires. pp.175 a 196.

MC ELHINNY, Bonnie (1994) “An economy of affect: objectivity, masculinity and the gendering of policy work”, en Cornwall, A. y Lindisfarne, N. (edit.), *Dislocating masculinity: Comparative ethnographies*, Routledge, New York.

MARCUS, G. (2001) “Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography”, Annual Review of Anthropology, vol. 24, 1995. Versión traducida.

MARTIN, Emily (2006) *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Tradução de: *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*, 1992 (1987), Editora Garamond, Rio de Janeiro.

MEINERZ, Nádia (2011) “Mulheres e masculinidades. Etnografia sobre afinidades de gênero no contexto de parcerias homoeróticas entre mulheres de grupos populares em Porto Alegre” Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do grau de doutor. Mimeo.

MENG, Griselda (2006) “Ley de salud sexual y procreación responsable argentina: ¿una política de género?”, en PETRACCI, Mónica y RAMOS, Silvina (Comp.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)-Fondo de Población de Naciones Unidas en Argentina (UNFPA), Buenos Aires.

MESA, S. y VIERA, M. (2004) “Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica”, en VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba. Edición digital.

MOORE, Henrietta, (1994) “The problem of Explaining Violence in the social sciences”. In Gow, Peter and Harvey, Penelope, *Sex and Violence. Issues in Experience and Representation*, Routledge, London, 1994: S. 138-154

MORENO, Martín J. y PANTELIDES, Edith (Coord.) (2009) *Situación de la Población en la Argentina*. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD-UNFPA; CENEP, Buenos Aires.

MYSU (2002) *Guía de Servicios Públicos en Salud Sexual y Reproductiva*, LÓPEZ GÓMEZ A. y ABRACINSKAS, L. (Coord.), Montevideo.

MYSU, (2008) *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2008*, MYSU, Montevideo. Disponible en: www.mysu.org.uy/observatorio/

MYSU (2009) *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2009: Acceso a la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud*, MYSU, Montevideo. Disponible en: www.mysu.org.uy/observatorio/

MYSU (2010) *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2010: Profesionales de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas*, MYSU, Montevideo. Disponible en: www.mysu.org.uy/observatorio/

MYSU (2013) *Varones uruguayos y su salud sexual y reproductiva: vida sexual, acceso a información y servicios de salud*”, *Estudio sobre Demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos (2012-2013)*, Observatorio Nacional en Género y

Salud sexual y reproductiva en Uruguay, Mujer y Salud en Uruguay, Montevideo. Disponible en: www.mysu.org.uy/observatorio/

OLAVARRIA, José (2004) "Los varones también somos fecundos" en OLAVARRÍA, José y MÁRQUEZ Arturo, *Varones entre lo público y la intimidad*, Red de Masculinidad/es, UNFPA, FLACSO, Santiago, Chile, pp 119-128.

ORTNER, Sherry (2006) "Power and Projects: Reflections on Agency" in Ortner, S., *Anthropology and Social Theory. Culture, Power, and the Acting Subject*, Duke.

OUDSHOORN, Nelly (2003) *The male pill*, Duke University Press, London.

OUDSHOORN, Nelly (2004) "Astronauts in the Sperm World: *The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives*" En: Men and Masculinities 2004; 6; 349. Disponible en: <http://jmm.sagepub.com/cgi/content/abstract/6/4/349>

PAREDES DELLA CROCE, Mariana (2003) "Trayectorias reproductivas, relaciones de género y dinámicas familiares en Uruguay", Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4953/mpdc1de1.pdf?sequence=1>

PARDO, Ignacio y VARELA, Cármen (2013) "¿Muy pocos hijos? Fecundidad y remplazo de la población uruguaya", En EROSA, Daniel, PARDO, Ignacio y CALVO, Juan José (ed.) *Detrás de los tres millones. La población uruguaya luego del Censo 2011*, Brecha, Programa de Población-UdelaR, Montevideo.

PATEMAN, C. (1995) *El contrato sexual*, Anthropos, Madrid.

PATEMAN, C. (1996) "Críticas Feministas a la dicotomía Público-Privado", en CASTELLS, C. *Perspectivas Feministas en Teoría Política*, editorial Paidós, Madrid.

PETCHESKY, R. (2002) "Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping An International Practice," en *Framing the Sexual Subject*. Ed. Richard Parker, ed alter (University of California Press, 2000), p. 81-103. Traducido por CLADEM, Serias para el Debate I, disponible en: <http://www.convencion.org.uy/lang/es/derechos-sexuales-inventando-un-concepto-trazando-el-mapa-de-la-practica-internacional>

PELLEGRINO, Adella (1998) "Vida conyugal y fecundidad en la sociedad uruguaya del siglo XX: una visión desde la demografía", en BARRÁN, J. P., CAETANO, G, y PORZECANSKI, T. (dir.) *Historias de la vida privada en el Uruguay. Individuo y soledades 1920-1990*. Ediciones Taurus, Montevideo.

PELLEGRINO, A; CABELLA, W; PAREDES, M; POLLERO, R; VARELA, C. (2008) "De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX", en Nahum, B. (editor), *El Uruguay del Siglo XX. La sociedad*, Departamento de Sociología-FCS, Ediciones Banda Oriental, Montevideo.

PERCOVICH, M. (2011) "Un país curioso" en: Sociedad Estatal de Acción Cultural (ed.) *Las Américas. Uruguay*, Catálogo Proyecto Visual "Las Américas", Exposición itinerante, Centro Cultural de España en Montevideo (24 de febrero- 23 de abril de 2011), Montevideo.

PERROTTA, G, LUCIANI, L. (2011) "Salud sexual y reproductiva y acceso a la anticoncepción quirúrgica: cuestiones emergentes en el discurso de los profesionales de salud", en Actas de las IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población "Derecho a la salud y protección Social" (10-12 de agosto de 2011, Escuela de Estudios de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA). Disponible en:

<http://webiigg sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/principal.php?informacion=10>

PETRACCI, Mónica y RAMOS, Silvina (Comp.) (2006) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)-Fondo de Población de Naciones Unidas en Argentina (UNFPA), Buenos Aires.

POZZIO, María (2011) *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*, Buenos Aires, Antropofagia.

RAUPP RIOS, R. (2004) "Apuntes para un derecho democrático de la sexualidad" en CÁCERES, Carlos F., FRASCA, Timothy, PECHENY, Mario y TERTO, Veriano (eds.) *Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

Red Temática de Estudios de Género-UDELAR, (2009) *Sistematización de la producción sobre la temática de género en la Universidad de la República*, Montevideo.

ROHDEN, F (2003) *A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*, Coleção História e Saúde, Editoria Fiocruz, Rio de Janeiro.

ROHDEN, Fabíola (2006) "Apresentação" En: Martin, Emily, *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Tradução de: *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*, 1992 (1987), Editora Garamond, Rio de Janeiro, (384p).

ROHDEN, F. (2009) "Gênero, sexualidade e saúde em perspectiva: notas para discussão", en HEILBORN, Maria Luiza, AQUINO, Estela, BARBOSA, Regina, BASTOS,

Francisco P., BERQUÓ, Elza y ROHDEN, Fabíola (Org.). *Sexualidade, reprodução e saúde*. Rio de Janeiro, 2009, v. , p. 23-32.

ROMERO Gorski, Sonia (1999) “Caracterización del campo de la Salud en Uruguay”, en: Salud Problema, Nueva época, Año 4, Número 6, pp. 25-35, Revista de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

ROSTAGNOL, Susana (2003) “Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. Hombres de sectores pobres urbanos”, en Anuario, Antropología social y cultural en Uruguay 2002 -2003, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Montevideo. pp. 39-55

ROSTAGNOL, Susana y SACCHI, Carla (2006) *Cuando la mujer consulta para interrumpir su embarazo. Aspectos socioculturales en la consulta ginecológica*. RUDA, Montevideo.

ROSTAGNOL, Susana (2011) “Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción”, Tesis Doctoral, Doctorado en Antropología-UBA, Buenos Aires. Mimeo.

ROSTAGNOL, Susana (2012) "De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres" en Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad, Nro. 12, dic. 2012, páginas 198-223, Dossier nro.1. Disponible en: www.sexualidadsaludysociedad.org Fecha de acceso: enero 2013

RUBIN, Gayle (1989) “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”, en Carole S. Vance (comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución, pp. 113-190.

SANDRINE MACHADO, Paula (2003) “Muitos pesos e muitas medidas: um estudo antropológico sobre as representações masculinas na esfera das decisões sexuais e reprodutivas”, Porto Alegre, dezembro de 2003. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

SANDRINE, MACHADO, Paula (2006) “Entre homens: espaços de gênero em uma pesquisa antropológica sobre masculinidade e decisões sexuais e reprodutivas” en Bonetti e Fleischer (Org.) *Entre Saias Justas e Jogos de Cintura. Gênero e etnografia na antropologia brasileira recenté*, Porto Alegre, (114-135).

SANDRINE MACHADO, Paula (2009) “Muitos pesos e muita medidas: uma análise sobre masculinidade(s), decisoes sexuais e reprodutivas”, en HEILBORN, Maria Luiza, AQUINO, Estela, BARBOSA, Regina, BASTOS, Francisco P., BERQUÓ, Elza y

ROHDEN, Fabíola (Org.). *Sexualidade, reprodução e saúde*. 1 ed. São Paulo, v. 01, p. 175-201.

SANSEVIERO, R. (2003) *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*, CIIIP, Montevideo.

SAPRIZA, G. (2011a) "Construcción de un siglo: protagonismo de las mujeres uruguayas" en: Sociedad Estatal de Acción Cultural (ed.) *Las Américas. Uruguay*. Catálogo Proyecto Visual "Las Américas", Exposición itinerante, Centro Cultural de España en Montevideo (24 de febrero- 23 de abril de 2011), Montevideo.

SAPRIZA, G. (2011b) "Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. "Aborto libre": la corta experiencia uruguaya (1934-1938), en Johnson, Niki ed alter, *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordajes interdisciplinarios sobre una realidad compleja*. Colección Art. 2, CSIC-UdelaR, Mdeo.

SAPRIZA, G. (2014) "Desde el llano (que no está) en llamas", Ponencia presentada en la "Mesa de diálogo entre feministas", de las Jornadas de Debate Feministas, 4-6 de junio 2014, Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR), Mdeo. Disponible en: <http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/pdf/debatefeminista/G%20Sapriz%20-%20DebateFeminista2014.pdf>

SCHUSTER, Gloria y GARCÍA JURADO, Mariana (2006) "Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva", en PETRACCI, Mónica y RAMOS, Silvina (Comp.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)-Fondo de Población de Naciones Unidas en Argentina (UNFPA), Buenos Aires.

SCOTT, Joan W. (2008) *Género e historia*, Fondo de Cultura Económica, México.

SEGATO, Rita Laura (2003) *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*, Universidad Nacional de Quilmas, Buenos Aires.

SEMPOL, Diego (2013) *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*, Sudamericana, Montevideo.

Sociedad Estatal de Acción Cultural (ed.) (2011) *Las Américas. Uruguay*. Catálogo Proyecto Visual "Las Américas", Exposición itinerante, Centro Cultural de España en Montevideo (24 de febrero- 23 de abril de 2011), Montevideo.

SORÁ, Gustavo (2009) "Pierre Bourdieu: un oficio y su práctica", en Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, n° 5, diciembre de 2009 <http://www.ides.org.ar/programasdeposgrado/publicaciones/practicadeoficio/2009n5.jsp>

STOLCKE, Verena (2004) "La mujer es puro cuento: la cultura del género", en Revista Estudios Feministas, Florianópolis, 12(2): 264, maio-agosto/2004. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23961.pdf>

SVAMPA, M. (2008) "Notas provisionarias sobre la sociología, el saber académico y el compromiso intelectual", en Gérard Althabe, *Entre varios mundos. Reflexividad, conocimiento y compromiso*. HERNÁNDEZ, Valeria y SVAMPA, Maristella (editoras). Prometeo libros, Buenos Aires.

TROCHÓN, Yvette (1998) "De grelas, cafishios y piringundines..." en: Barrán, J P; Caetano, G; Porzecanski, T, (dir.) *Historias de la vida privada en el Uruguay. Individuo y soledades 1920-1990*. Ediciones Taurus, Montevideo.

TUBERT, Silvia (2003) "Introducción: la crisis del concepto de género", en Silvia Tubert (Ed), *Del sexo al género: los equívocos de un concepto*, pp7-37, Ediciones Cátedra, Madrid.

TURNER, Víctor (1999) *La selva de los símbolos*, Siglo XXI, México. (Capítulo IV: "Entre lo uno y lo otro").

UDELAR, Espacio Salud, MYSU, UNFPA (ed.) (2011) *Estudios sobre Varones y Masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras*. Actas del IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades Montevideo.

UDELAR (2008) *Investigación histórica sobre la dictadura y el terrorismo de Estado en el Uruguay (1973-1985)*, Tomo III, Comisión Sectorial de Investigación Científica.

UNFPA (2005) Encuesta Nacional sobre "Reproducción biológica y social de la población uruguaya", Proyecto Género y Generaciones, Folleto publicado por UNFPA, Montevideo.

VARELA PETITO, Cármen, PARDO, Ignacio LARA, Cecilia, NATHAN, Matías y TENENBAUM, Mariana (2014) *La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo*. Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay, Fascículo 3, Programa de Población, Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR-Editorial Trilce, Mdeo.

VIANNA, A. (2006) “Etnografando documentos”, Comunicação apresentada no Seminário Internacional Poéticos do Inventário: Coleções, Listas, Séries e Arquivos na Cultura Contemporânea, promovido por Fundação Casa de Rui Barbosa. Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade de Standford. 29 de maio à 02 de junho de 2006.

VIERA CHERRO, M. (2013) “Lejos de París. Tecnologías de Reproducción Asistida y deseo del hijo en el Río de la Plata”, Tesis para defender el título de Magíster en Ciencias Humanas, con énfasis en Estudios Latinoamericanos, CEIL-UdelaR, noviembre 2013, Montevideo, Mimeo.

VIVEROS, Mara (1998) “Orden corporal y esterilización masculina”, en Horizontes Antropológicos. Cuerpo, Doença e Saúde. Pág. 145- 170. Ano 4, Nro. 9, Outubro, Numero org. Por Ondina Fachel Leal. Publicação do programa de pos-graduação em antropología social da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre.

VIVEROS, Mara, Gómez, F. y Otero, E. (1998) “Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia” en Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):97-103, 1998. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1345.pdf>

VIVEROS, Mara (2002) *De quebradores y cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*, Universidad de Colombia, Bogotá.

VIVEROS, Mara (2009) “La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano”, en Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana. N.1-2009- pp.11-29 Disponible en: www.sexualidadsaludysociedad.org

VIVEROS, Mara (s/f) “La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual”. Manuscrito.

Fuentes

Artículos de prensa

“Anticoncepción: Derecho Ciudadano y Accesibilidad Nacional”, (2005, noviembre 29), *Prensa de Presidencia de la República*, Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/noticias/2005/11/2005112904.htm. [Fecha de acceso: 14 de Junio 2010]

“Cosa de hombres”, (2009, julio), *Revista Paula* (revista mensual del periódico *El País*), Langleib, M., Disponible en: http://www2.paula.com.uy/lzd/julio_09/nota03.html [Fecha de acceso: 12 diciembre 2013]

“Debate Fértil. Proponen fondo para reproducción”, (2013 julio 4), *Montevideo Portal*, Disponible en: http://www.montevideo.com.uy/noticiacanalnmuje_205368_1.html [Fecha de acceso: 6 de marzo 2014]

“Fecundidad es la más baja de la historia”, (2014, marzo 03), *El País Digital*, Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/fecundidad-mas-baja-historia.html> [Fecha de acceso: 10 de marzo 2014]

“La decisión en manos de los propios involucrados. En el primer semestre se realizaron 900 ligaduras tubarias y 100 vasectomías”, (2013, julio 19), *La República*, Connio, F., Disponible en: <http://www.republica.com.uy/intervenciones-gratuitas/> [Fecha de acceso: 12 de diciembre 2013]

“La ley de reproducción asistida se aprobó sin saber cuánto costará. En el Ministerio de Economía no fueron consultados y advierten que tendrá “alto costo fiscal”, *El Observador*, (2013, Noviembre 18), Disponible en: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/265432/la-ley-de-reproduccion-asistida-se-aprobo-sin-saber-cuanto-costara/> [Fecha de acceso: 6 de marzo 2014]

“Primer Encuentro de Equipos de Coordinadores. Servicios de Salud sexual y reproductiva se extiende por el país”, (2011, julio 17), *La República de las Mujeres*, Disponible en: <http://larepublicadelasmujeres.blogspot.com/2011/07/servicios-de-salud-sexual-y.html> [Fecha de acceso: 27 de febrero 2014]

“Proyecto de ley de Reproducción Asistida brindará "equidad" de acceso a técnicas a las 50.000 parejas infértiles uruguayas”, (2013, octubre, 15), Gallo, J., Entrevistado en *Perspectiva*, Radio El Espectador, (emitido 2013, octubre 15), [*Espectador.com*] Disponible en: <http://www.espectador.com/politica/276127/proyecto-de-ley-de-reproduccion-asistida-brindara-equidad-de-acceso-a-tecnicas-a-las-50-000-parejas-infertiles-uruguayas#> [Fecha de acceso: 6 de marzo 2014]

“Somos un país de viejos, con signos de extinción” en Discurso de José Mujica en el Instituto Pasteur, (2011, diciembre 6), *Subrayado* (Informativo de Canal 10),

Disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=-RTmCuM0UxU> [Fecha de acceso: 14 de junio 2013]

“Vasectomía y ligadura serán prestaciones gratuitas del SNIS”, (2010, diciembre 29), *La Red 21*, Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/comunidad/436434-vasectomia-y-ligadura-seran-prestaciones-gratuitas-del-snis> [Fecha de acceso: 29 de diciembre 2010]

“Vasectomías y ligaduras tubarias a "precio de ticket", (2010, diciembre 21), *Portal 180*, Disponible en: http://www.180.com.uy/articulo/15926_Vasectomias-y-ligaduras-tubarias-a-precio-de-ticket [Fecha de acceso: 22 de diciembre 2010]

Documentales

AGUIRRE, R., Putti F., Salle F., Vezoli M., Quintans E., (2012) *Perfil epidemiológico de consultas al servicio de salud sexual y reproductiva de una IAMC*, Informe presentado en modalidad póster en Congreso Nacional de Ginecología 2012. Facilitado por el equipo para esta investigación.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (2010) *Cartilla de los derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud* Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucsnis_5005_1.html [Fecha de acceso: diciembre 2011].

CELADE (s/d) Sistema de Indicadores Regionales en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.eclac.cl/Celade/> [Fecha de acceso: mayo 2014]

Comisión Sectorial de Población (2011) *Visión, objetivos, y lineamientos estratégicos para la implementación de políticas de población en Uruguay*, Disponible en: <http://www.uruguay.iom.int/index.php/publicaciones/64-vision-objetivos-y-lineamientos-estrategicos-para-la-implementacion-de-politicas-de-poblacion-en-uruguay> [Fecha de acceso: diciembre 2013]

DIGESA-MSP (2012) *Comunicado dirigido al cuerpo médico- Esterilización quirúrgica de hombres y mujeres*, Publicado el 06/07/2012. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_6620_1.html. [Fecha de acceso julio 2012.]

Diccionario de la Sociedad Uruguaya de Urología. Disponible en Sitio institucional: <http://www.sociedaduruguayadeurologia.com.uy/words/diccionario.pdf> Fecha de acceso: junio 2014.

FERREIRA, L; MONZA, A; NÚÑEZ, A; PÍRIZ, G; RODRIGUEZ, R (2012) *Síntesis de las acciones desarrolladas Octubre-Mayo 2012*. Lic. Equipo Coordinador Salud Sexual y Reproductiva RAP-ASSE.

INE (2008) *Encuesta Continua de Hogares 2008- Microdatos*, Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/microdatos/microdatosnew2008.asp#ech>

INICIATIVAS SANITARIAS- MSP, (2011) *Monitoreo y evaluación de la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva en instituciones del sistema de salud. Aplicación de la Ley 18.426. Informe Línea de Base 2011*. Elaborado por la Dra. Mónica Gorgoroso, Apoyo UNFPA, Montevideo. Mimeo. Facilitado por el Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP para la investigación.

INICIATIVAS SANITARIAS- MSP, (s/d) *Curso sobre la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva en en instituciones del sistema de salud. Aplicación de la Ley 18.426. Informe Final*, Montevideo. Mimeo. Facilitado por el Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP para la investigación.

Inmujeres- Mides (2006) *Primer Plan de Igualdad de Oportunidades*, Disponible en: www.inmujeres.gub.uy [Fecha de acceso: 12 de marzo de 2012]

MSP (2011) *Plan Nacional de Salud Rural*, Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_7704_1.html [Fecha de acceso: julio 2014]

MSP, 2001, *Marco Regulatorio de la Asistencia Médica*, Disponible en: <http://archivo.presidencia.gub.uy/noticias/archivo/2001/noviembre/2001112210.htm> [Fecha de acceso: 14 de febrero de 2011]

MSP (2010) *Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*, Disponible en: www.msp.gub.uy. [Fecha de acceso: marzo 2012]

MSP (2007) *Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles)*, Dirección General de la Salud y Programa Nacional de Salud de la Mujer

y Género, con apoyo de UNFPA. Disponible en: www.msp.gub.uy/uc_284_1.html [Fecha de acceso: 03 de junio 2010.]

MSP (2006) *Comunicado dirigido al cuerpo médico: Consentimiento informado esterilización femenina y masculina (ligadura de trompas uterinas o conductos deferentes)*. Disponible en: www.msp.gub.uy/uc_894_1.html [Fecha de acceso: junio de 2010]

RAP-ASSE (2012) *Ruta de Acceso a la vasectomía desde Rap Montevideo y Red Metropolitana*, proporcionado por el ECR de la RAP-ASSE en el marco del trabajo de campo.

RAP-ASSE (2012) *Cupos Urología*, proporcionado por el ECR de la RAP-ASSE en el marco del trabajo de campo.

UNFPA (2004) *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo, setiembre, 1994). En: "Cairo+5: Documentos Oficiales", 1° ed., Buenos Aires, Publicación UNFPA, 2004.

Leyes, Decretos y normativa

Asuntos del Parlamento N° 29685, *Salud Sexual y Reproductiva*, Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/dgip/websip/lisficha/fichaap.asp?asunto=29685> [Fecha de acceso: 13 de setiembre de 2014]

Código Penal, De los delitos contra la personalidad física y moral del hombre, Libro II, Título XII, Capítulo 2, Disponible en: http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/Cod_Pen.htm [Fecha de acceso: junio de 2010]

Decreto sd/2012 *Tasas moderadoras de tickets y medicamentos vigentes a partir de setiembre 2013*. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_8077_1.html [Fecha de acceso: octubre de 2014].

Decreto N° 375/2012 que reglamenta la *Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo* (2012, noviembre 22) Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/375-2012/17> [Fecha de acceso, agosto 2013].

Decreto Reglamentario N° 293/010 de la Ley 18.426, *Salud Sexual y Reproductiva*, (2010, setiembre 30) Disponible en:

http://www2.msp.gub.uy/ucjunasa_4561_1.html, [Fecha de acceso, noviembre 2013].

Decreto Reglamentario *Plan integral de Atención en Salud: Decreto Programas Integrales de Salud y Catálogo de prestaciones* (2008, octubre 3) Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucsnis_5005_1.html [Fecha de acceso, noviembre 2013].

Decreto Reglamentario N° 002/008 de la Ley Nro. 18.211, *Sistema Nacional Integrado de Salud*, (2008, enero 8), Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> [Fecha de acceso: 23 setiembre 2014].

Decreto N° 258/992 (Poder Ejecutivo), *Normas sobre conducta médica y derechos del paciente*, (1992, junio 16) Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/ncmdydp.htm> [Fecha de acceso: 16 de setiembre de 2013]

Diario de Sesiones del Consejo de Estado, 1974. *Proyecto de Ley Anticonceptivos (Impuesto a la venta)*. Proyecto de Ley por el que se crea un impuesto a la venta. En: TOMO 3 Sesiones del 22 de abril al 21 de mayo de 1974 Insertas en Tomo 275 y 276 correspondientes al 2do. y 3er. trimestre del año 1974, del Diario Oficial. TOMO 5 Sesiones del 2 de Julio al 30 de Julio de 1974 Insertas en el Tomo 276 correspondientes al 3er. Trimestre del año 1974 del Diario Oficial. Sesiones: Sesión 56a. Ordinaria pp. 197/205/211 16 de Julio de 1974. Punto 22, 28 y 31 "Anticonceptivos"; Sesión 57a. Ordinaria pp. 233 Miércoles 17 de Julio de 1974. Nro. 19.354. Punto 11 "Anticonceptivos" (Reconsideración); Sesión 58a. Ordinaria pp. 274 a 275 23 de Julio 1974. Punto 9 Conferencia Mundial sobre Población 19 al 30 de agosto 1974.

Ley Nro. 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo (2012, octubre 30) Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

Ley N° 18.426, *Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*, (2008, diciembre 10) Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

Ley N° 18. 335, *Pacientes y usuarios de los Servicios de salud. Se establecen sus derechos y obligaciones*, (2008, agosto 15), Disponible en:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>
[Fecha de acceso: 23 setiembre 2014]

Ley N° 18.211, *Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación*, (2007, diciembre 5), Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
[Fecha de acceso: febrero 2014]

Argentina - Ley Nacional 26.130, *Anticoncepción quirúrgica*, (2006, agosto 28), Disponible en http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley_anticon_quirurgica.php
[Fecha de acceso: 12 de octubre 2014]

Argentina - Ley Nacional N° 25.673, *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*, (2002, octubre 30), Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php> [Fecha de acceso, diciembre 2013]

Recursos de internet

ANEP, Programa de Educación Sexual, Sitio institucional, Disponible en: <http://www.anep.edu.uy/anep/index.php/dspe-programa-de-educacion-sexual>

ASSE, Sitio institucional, Disponible en: http://www.asse.com.uy/uc_2113_1.html

Asociación Uruguaya de Planificación Familiar, Sitio institucional, Disponible en: www.aupf.org.uy

Hospital Pereira Rossell, Sitio institucional, En: <http://www.pereirarossell.gub.uy/index.php/acerca-del-pereira-rossell/historia>

Instituto Nacional de las Mujeres (Ministerio de Desarrollo Social), Sitio institucional, Disponible en: <http://www.inmujeres.gub.uy/>

Ministerio de Salud Pública, sitio institucional, Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/>

Naciones Unidas, micrositio Población, Sitio institucional, Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>

Parlamento de la República Oriental del Uruguay, Sitio institucional, Disponible en: [paramento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud-
Presidencia de la Nación) Argentina, Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/>

Sociedad Uruguaya de Urología, Sitio Institucional, Disponible en:
<http://www.sociedaduruguayadeurologia.com.uy>

Yo Firmo, Blog oficial, Disponible en: <http://despenalizar.blogspot.com/> Fecha de
acceso: 10 diciembre 2014.

Filmes

Ya pasó todo (2008) Cortometraje, dirigida por Belén Baptista y Santiago Ventura,
Uruguay, Escuela de Cine Dodecá [DVD]

La suerte en tu manos (2012) dirigida por Daniel Burman, Argentina- España, Gullane
Filmes, BD Cine, Instituto Nacional de Cine y Artes Audiovisuales (INCAA) [DVD]

Anexos

Anexo 1. Informes Estado presentados por las distintas delegaciones oficiales de Uruguay en las Conferencias CIPD¹⁴¹

En la intervención realizada por la delegación oficial en la CIPD en 1994 tiene centralidad la idea de “planificación familiar” fundamentada en la familia (heteronormativa) como célula social que *“continúa siendo la red básica de las relaciones humanas, ámbito de socialización de los individuos y referencia afectiva de sus miembros”*. Desde esta concepción, las políticas públicas toman a la unidad familiar como sujeto destinatario de las acciones y se entiende a la planificación familiar como *“el acceso a la información, educación y métodos anticonceptivos que orienten y faciliten a las parejas su decisión, libre de coerción, respecto al número y espaciamiento de sus hijos. Los programas de planificación familiar deben ser concebidos no priorizando metas demográficas, sino en una concepción integral del proyecto de vida familiar y la procreación responsable”* (en López Gómez, ed alter, 2009: 58).

Posteriormente, en el Foro de la Haya (Cairo + 5, febrero 1999), la delegación oficial de Uruguay da cuenta del Proyecto de Salud Reproductiva "Maternidad-Paternidad Elegida", iniciado en 1997, abarcando Montevideo y diez departamentos del país. Se plantea que en ese marco *"se ha iniciado un proceso de capacitación de estos profesionales desde el enfoque de los derechos reproductivos, equidad de género y participación del varón"* (en López Gómez, ed alter, 2009: 62).

En la Asamblea General de Naciones Unidas (Cairo + 5, julio 1999) la delegación oficial de Uruguay plantea que se ha trabajado *“para atender fundamentalmente tres áreas de importancia: reducción de la pobreza, derecho a la salud sexual y reproductiva, y promoción de la equidad y la igualdad de sexos y los derechos de la mujer”* (en López Gómez, ed alter, 2009: 66). Entre los elementos que

141 Los textos completos de los diferentes Informes de la delegación oficial de Uruguay se incluyen en los Anexos de López Gómez, ed. alter. (2009: 55-84) de donde se toman para este análisis.

se destacan aparecen los servicios de planificación familiar a cargo del Estado como “destacada innovación” e indicador del “grado de consciencia que el país ha adquirido sobre el necesario respeto a los derechos sexuales y reproductivos”. En este sentido, se afirma que: “los problemas de población no sólo se pueden explicar por la magnitud numérica de los habitantes, sino que se debe medir según la falta de acceso a las oportunidades que nos brinda el desarrollo y por las carencias de las necesidades básicas del ser humano”. A pesar de esta perspectiva de derechos, se destaca el rol primordial de la familia en la formación y desarrollo personal y de la sociedad (en López Gómez, ed alter, 2009: 70).

En la sesión especial de la Comisión de Población y Desarrollo en Santiago de Chile, CEPAL (Cairo + 10, marzo 2004) la Intervención de la delegación oficial de Uruguay destacó entre los avances del país respecto a la CIPD: “*El proceso de transformación de un modelo materno infantil hacia un modelo integral de salud sexual y reproductiva en los servicios públicos de la salud*”. Al tiempo que se menciona un gran desafío pendiente: “*el involucramiento de los hombres de todas las edades al ejercicio responsables de sus derechos sexuales y reproductivos*” (en López Gómez, ed alter, 2009: 74).

En San Juan de Puerto Rico (Cairo + 10, junio-julio 2004), Uruguay destaca en relación a los derechos sexuales y reproductivos la incorporación en los servicios públicos de salud las prestaciones de planificación familiar, capacitación a profesionales de la salud, métodos anticonceptivos gratuitos, seguros y de calidad y servicios de atención dirigidos a adolescentes. Y se afirma que: “*Se está produciendo una transformación progresiva en algunos de nuestros servicios de salud tanto públicos como privados del clásico modelo de atención materno-infantil hacia un modelo de salud sexual y reproductiva*”. En este contexto de “logros” se plantean nuevos desafíos respecto a la prevención del aborto inseguro como principal causa de muerte materna; al tratamiento integral de las Infecciones de Transmisión Sexual; la curricularización de la educación sexual “*para una sexualidad responsable y saludable,*

primer paso para un cambio cultural que incluya no sólo a las mujeres sino también a los hombres” (en López Gómez, ed alter, 2009: 75-76).

Por último en Cairo+15 (abril 2009) el Estado uruguayo da cuenta de su recorrido desde 1995 momento en que se comienzan a diseñar e implementar políticas específicas en el campo de la salud sexual y reproductiva y el desafío que en ese entonces presentaba el Ministerio de Salud Pública para incorporar la Salud Reproductiva a la Reforma de Salud y la formulación y ejecución de las políticas en esta área en los Programas de Salud de la Mujer y Género y Salud Adolescente y VIH/SIDA (en López Gómez, ed alter, 2009: 80).