

Espacios generizados: cuerpos masculinos ingresando a la institución médica en la práctica de la vasectomía o esterilización masculina*

Valeria Grabino Etoarena

Maestranda del Programa de Posgrado en Ciencias Sociales" (UNGS-IDES). Licenciada en Ciencias Antropológicas (FHCE-UDELAR). Equipo "Género, Cuerpo y Sexualidad" (Depto. Antropología Social, Instituto de Antropología, FHCE- UDELAR). Sistema Nacional de Investigadores (SNI), ANII, Uruguay. Mail: valeria.grabino@gmail.com

Presentación

- Entonces no, yo...siempre dije "si llegó a tener otro hijo y puedo pagar, me opero".
¿Y [tu marido] que dice de eso?
- Ah, no dice nada, porque en el cuerpo mío mando yo y entonces tá.
¿Y alguna vez, pensaron en que se haga él una intervención?
- ¡Ah, ellos nunca se quieren hacer nada!
¿Lo hablaron alguna vez?
- No, nunca lo hemos hablado, pero viste (...) ellos piensan que no, pero viste, si llega el apriete, le calculo que sí. (...) Él apurado; siempre yo, viste.
¿Y en broma, tampoco nunca lo hablaron?
- No, no.
Y si le plantearas, que... ¿te parece que no...?
- Me parece que no. No sé, si ya no me pudiera cuidar, capaz, no sé, pero pienso que no, que no agarraría viaje. Ellos se creen, son de esos hombres que se creen muy machos viste.
(♀, 30 años, casada, dos hijos/as)¹

Este fragmento de entrevista nos coloca en el campo que busco abordar en la tesis de maestría: *anticoncepción y masculinidades*, particularmente en las prácticas y significados en torno a un método anticonceptivo no reversible como es la *vasectomía o esterilización masculina*². ¿Por qué estudiar esta práctica de regulación de la fecundidad? Propongo el estudio de prácticas y significados en torno a este método anticonceptivo como puerta de entrada al estudio de las masculinidades. La vasectomía puede ser entendida 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).

* Agradezco los acertados comentarios de Máximo Badaró a este trabajo, así como los aportes de Carla Gras, Ramiro Segura, compañeros/as del Taller de Tesis de Maestría, en la construcción del proyecto de investigación "Masculinidad y Anticoncepción: prácticas y significados en torno a la vasectomía o esterilización masculina en Uruguay", así como a Daniel Jones, Director del mismo.

¹ Entrevista realizada en el marco del proyecto de investigación personal "Prácticas y significados en torno a salud sexual y reproductiva en una

población del medio rural uruguayo (CFC-San José)" (Proyecto CSIC-UDELAR, Jóvenes investigadores, 2005-2007).

² Intervención de tipo ambulatoria que consiste en la sección y ligadura de los [conductos seminales](#).

La investigación propuesta aborda el caso uruguayo y supone la articulación de dos grandes campos de estudio: masculinidades y salud reproductiva. Algunos de los objetivos delineados son: i) reconstruir el *marco de sentido* del Uruguay contemporáneo acerca de este método anticonceptivo no reversible, prestando especial atención a las políticas públicas y la institución médica como contexto donde se despliegan los significados en torno a la vasectomía: analizar qué discursos propagan y los supuestos que manejan en torno a la “naturaleza” y al cuerpo masculino; ii) describir de qué forma se despliegan dichos discursos en las prácticas institucionales vinculadas a la vasectomía tanto en el proceso de la orientación, y de la intervención, así como los supuestos que manejan esos efectores de salud.

Ahora bien, ¿qué entendemos por masculinidades? Connell 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. Así, 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 esas posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura”. Desde una perspectiva dinámica de la organización de la práctica, Connell 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: 6-7) En esta propuesta, se trazan tres planos donde es posible observar los procesos de configuración de género: el plano *individual*; el discurso, ideología o *cultura* y por

último, las *instituciones* que al decir de Connell, están sustantivamente provistas de género y no sólo metafóricamente. En tal sentido, y para nuestro caso, la institución médica (en relación a la práctica de la vasectomía) se presenta como un espacio privilegiado para el estudio de masculinidades.

Propongo aquí, un ejercicio reflexivo que intenta obtener como resultado la definición de algunas líneas interpretativas a profundizar al momento de desarrollar el trabajo de campo. Para ello tomo para el análisis, la investigación desarrollada por Mara Viveros en Colombia, a partir de dos artículos³ que atienden particularmente a la *institución médica*⁴. Intento, analizar algunas problemáticas y dimensiones empíricas que surgen de la investigación de Viveros, tomando como referencias las categorías conceptuales y perspectivas analíticas sobre género e instituciones.

Discursos en el campo de la salud

³ Viveros, Mara, ed. alter. (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.*, 14 (Supl. 1), pp. 97-103, Rio de Janeiro (Disponible en: www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1345.pdf)

Viveros, Mara (1998), “Orden corporal y esterilización masculina”. En: *Horizontes Antropológicos. Cuerpo, Doença e Saúde*, Año 4, Nro. 9, Outubro, pp. 145- 170, Publicação do programa de pos- graduação em antropologia social da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Porto Alegre

⁴ El ámbito doméstico se plantea como un contexto clave para entender el género, por lo que es relevante al mismo tiempo, abordar el ámbito de la pareja y la negociación intrafamiliar vinculada a la práctica de la vasectomía, en particular el proceso de la toma de decisiones. Si bien en la investigación planteada para la Tesis de Maestría, se espera lograr un análisis en contrapunto con el de la institución médica, excede el alcance de este trabajo.

Defino aquí institución médica en sentido laxo, como el espacio que despliega significados y prácticas en forma hegemónica, dentro del "campo de la salud"⁵. Sin embargo, actualmente es difícil referirse a las instituciones de salud, en forma global. Siguiendo a Romero Gorski, (1999: 34) "para el caso uruguayo hay que hacer la distinción en los diferentes tipos de instituciones pues varían dentro de ellas las prácticas y las relaciones, la «cultura institucional»", marcándose claras diferencias si se trata del sector público, mutual o privado. Así, con perspectivas a la investigación, será necesario especificar el contexto institucional/médico del cual se trate.

Las políticas públicas en materia de salud en Uruguay han invisibilizado este potencial método anticonceptivo en la regulación de la fecundidad, colaborando en la naturalización de la díada mujer-control reproductivo⁶. Si bien actualmente y de forma incipiente, el Ministerio de Salud Pública⁷ está desarrollando algunas líneas de acción en el área de varones y salud sexual y reproductiva⁸, es posible afirmar que éstas, resultan aún insuficientes. Podemos afirmar, que desde el MSP si bien existe una preocupación especial en producir efectos en el campo de la salud sexual y reproductiva, se da al

mismo tiempo una "selección" en los temas abordados.

De modo de analizar el lugar "destinado" a los varones en el campo de la salud reproductiva, surge la revisión de *textos*, particularmente, documentos del MSP. Las "Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles)", claramente dirigidas 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 ésta última, se propone capacitar al personal de salud para la 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. En particular, dentro de los métodos anticonceptivos a proponer (en los cuales el varón tiene un rol preponderante) se menciona *la vasectomía*. La misma es definida de la siguiente forma:

"un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros que no desean tener más hijos y

⁵ "Campo" en el sentido trabajado por Pierre Bourdieu.

⁶ En la investigación citada que sirve de antecedente, reflexioné sobre el concepto de *feminización*, entendido como el proceso de ubicar a través de prácticas y/o en el discurso, la salud sexual y reproductiva en un "locus" femenino, y restringirlo a ese locus. Este proceso genera diversas resistencias masculinas: a la medicalización, al uso de métodos anticonceptivos, a la negociación en la pareja, entre otras. De este modo, en el campo de la salud sexual y reproductiva, se manifiestan de forma importante la desigualdad entre los géneros.

⁷ De ahora en más, MSP.

⁸ Como ejemplos, el impulso de investigaciones concretas e inclusión de una perspectiva de género relacional en folletería y material de difusión, fundamentalmente desde el "Programa Nacional de Mujer y Género" del MSP.

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"⁹.

A pesar de que la intervención requiere solamente dicho consentimiento informado, la práctica institucional produce otras barreras. De acuerdo al Observatorio Nacional en Género en Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay (MYSU, 2008: 46), "la vasectomía es un procedimiento que no se destaca dentro de la oferta de esterilización definitiva". En el campo de la anticoncepción no reversible en Uruguay, las barreras aparecen tanto en relación a la esterilización masculina como femenina. En este contexto, 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 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"¹⁰.

Este comunicado, pone de relieve las limitaciones que aparecen en la práctica institucional¹¹ y supone uno de los escasos "discursos" elaborados en este terreno.

A pesar de los proyectos mencionados, en Uruguay no existen hasta el momento servicios especializados en salud sexual y reproductiva dirigidos a varones, y menos aún de esterilización masculina¹². La posibilidad de optar

¹⁰ Disponible en:

<www.msp.gub.uy/uc_894_1.html>

¹¹ De forma sugerente, Guida da cuenta de cómo en Uruguay, estas barreras se expresan de forma diferente en los servicios públicos y privados: "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". (Guida, 2006: 323)

¹² Me refiero a programas de salud, servicios de orientación con ofertas específicas en salud sexual y reproductiva y equipos de profesionales multidisciplinares. La atención de los varones adultos se concentra en la especialidad urología (para una profundización de este tema, ver Guida, 2006 quien analiza la ausencia de espacios

⁹ *Guías en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles)*, Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Uruguay, 2007 pp.67-74. Disponible en: <www.msp.gub.uy/uc_284_1.html>

por este método anticonceptivo no reversible, queda en manos de los sujetos: varones en decisiones solitarias o acompañados por sus parejas y al mismo tiempo de los médicos/efectores de salud que faciliten u obstaculicen tal decisión¹³.

En este sentido, se hace necesario estudiar no solamente los *textos*, sino también –y particularmente- la *práctica institucional* donde varones y mujeres (usuarios/as y profesionales de la salud) interactúan en el campo de la salud reproductiva, poniendo *en juego*, y construyendo contextual y relacionalmente, identidades de género (Cornwall y Lindisfarne, 1994)

Espacios generizados

La institución médica como espacio *generizado*, plantea el desafío de observar la forma en que *el género* se produce y reproduce, en relación al campo de la salud reproductiva y particularmente a la práctica de la vasectomía. El género –como puerta de entrada al campo del poder- supone la asignación de espacios, de dominios; siguiendo a Tubert (2003: 22), 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”. El lugar - masculino- del profesional de la salud, es un lugar legitimado socialmente lo cual no es posible de comprender sin

específicos para la consulta de los varones relativa a la anticoncepción). Será necesario rastrear en archivo anteriores iniciativas políticas de crear este tipo de servicios, que sí existen en otros países y desde hace muchos años. Asimismo, realizar un seguimiento de la propuesta mencionada de creación de policlínicas especiales.

¹³ Tengo noticia de ciertos médicos ginecólogos que a través del vínculo con la usuaria (quien por lo general está mayormente medicalizada) intentan persuadir a sus parejas en las ventajas de la esterilización masculina, muchas veces basando sus argumentaciones en experiencias personales.

referirnos al proceso de medicalización, por el cual la sociedad asigna a los médicos la competencia y la legitimidad social y cultural en ciertas áreas de la vida –tal cual lo establece Viveros (1998)- como la reproducción y el control de la fecundidad.

En particular, para el caso de Uruguay, este proceso se da a partir de 1900, momento en que de acuerdo al historiador José Pedro Barrán, “la sociedad uruguaya convirtió a la salud en valor supremo. De él derivó un poder opaco, pero absoluto, el del médico, y un sometimiento inconfesado pero total, el del paciente.” (Barrán, en Romero Gorski, 1999:28) El modelo médico hegemónico¹⁴ se ha caracterizado, entre otros aspectos por el ejercicio de “un principio de autoridad.” (Romero Gorski, 1999: 26) De este modo, es posible afirmar, que dentro de la institución médica, en el contexto de la consulta se establece una relación de poder donde el profesional de la salud asume un lugar de *dominación* mientras que los/as usuarios/as un lugar de *subordinación*¹⁵. Esta relación, se presenta en la articulación –contextual y no siempre lineal- del triple eje de asimetrías: de saberes, de clase, de género. En relación a la asimetría de saberes, “lo que el médico dice, tiene más valor (socialmente legitimado) por quien lo dice, es decir por el enunciador (el médico), que por el contenido de lo que dice (el mensaje)” (Rostagnol y Sacchi, 2006: 26) Así, lo que dice, tiene valor de verdad. Por otro lado, el lugar del médico/a es un lugar masculino (activo) independientemente de quién sea el o la profesional, mientras que los usuarios/as son ubicados en un lugar

¹⁴ Que interactúa con otros múltiples modelos.

¹⁵ La relación de poder médico/ usuaria ha sido ampliamente estudiada en el ámbito de la consulta ginecológica, como ejemplo, ver Mesa y Viera, 2004. “Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica”. En: VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba. Edición digital.

femenino (pasivo) y “el atributo masculino de la medicina es independiente de quien sea el o la profesional” (Rostagnol y Sacchi, 2006: 34)

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. Sin embargo, la dicotomía *Médico/a (dominación/ masculino/ activo) vs. Usuario/a (subordinación/ femenino/ pasivo)* merece ser problematizada y puesta a consideración durante el trabajo de campo. Podemos afirmar 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 que será necesario explorar empíricamente. La pregunta debe colocarse entonces en la interacción concreta de los sujetos, dando lugar tanto al conflicto, a la negociación y a la alianza.

Sujetos interactuando

La práctica de la vasectomía produce la entrada al campo médico de los cuerpos masculinos. Si bien es claro que los varones no están ajenos al proceso de medicalización, es posible afirmar que las mujeres circulan mayormente en la institución médica, fundamentalmente en lo que refiere a la atención ginecológica¹⁶ lo cual, justifica un análisis especial. Si entendemos la práctica de la vasectomía desde una perspectiva de masculinidades, la

pregunta es: ¿qué implicancias tiene esta práctica en las subjetividades de estos varones usuarios? Se trata entonces de indagar en qué medida esta entrada produce efectos (en particular efectos no deseados), la capacidad de agencia de estos sujetos y los cambios producidos, problematizando el concepto de intencionalidad.

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 oferentes de los servicios con sus prácticas y discursos en relación a la vasectomía.

Rescatando la advertencia de Connell (2005: 2) acerca de que el concepto de masculinidad es “inherentemente relacional, la masculinidad existe sólo en contraste con la *femineidad*”, resulta interesante la posibilidad de articular el análisis de las relaciones de género que se dan entre estos tres tipos de sujetos: varones usuarios/varones efectores/ mujeres efectoras y en sus combinaciones. De este modo, podemos atender a los procesos de conformación identitaria y las relaciones de poder que tienen lugar en las instituciones con énfasis particular en la dimensiones de agencia y subjetivación individual.

Mc Elhinny (1994) –refiriéndose a un contexto diferente- plantea una interrogante: ¿qué les sucede a los individuos y a las instituciones cuando sus identidades individuales de género y el género de la institución a la que pertenecen son presuntamente

¹⁶ Esta premisa fue constatada en la investigación anterior Grabino, Valeria, 2007. “Identidades de género en juego: itinerarios de salud sexual y reproductiva en una población del medio rural uruguayo”, Trabajo de tesis, Licenciatura en Ciencias Antropológicas (FHCE- UDELAR).

distintos? Me resulta sugerente pensar esta cuestión en la práctica de la vasectomía, realizando un ejercicio de inversión de la lógica que esta autora propone: si se toma como punto de partida¹⁷ que la institución médica es una institución masculinizada pero donde los/as usuarios/as son, necesariamente colocados en un lugar de subordinación, es decir, feminizados, cabe preguntarse por las respuestas de estos sujetos.

Por un lado, Viveros afirma que la relación entre el usuario y los efectores de salud, oculta una relación de poder: “el orientador adopta con el usuario un tono pastoral y pedagógico. Por una parte guía y orienta al usuario hacia una “buena” decisión para él, y por la otra, enseña lo que supone no sabe el paciente (...) Esto implica para el usuario ser remitido al lugar del que no tiene criterios suficientes para tomar la decisión anticonceptiva más adecuada para él (inmaduro) y del que no sabe (ignorante).” (Viveros ed alter., 1998: 98) En la entrada de los varones y sus cuerpos a la institución médica, mediante diversos dispositivos, se efectúa una ruptura clave: la *conversión de un usuario varón en paciente*. La acción de solicitar al varón que se desnude frente a los/as efectores/as, la necesidad de rasurarlo y la intervención propiamente dicha en el cuerpo masculino, traen como consecuencia que el varón “extravía su identidad genérica al adoptar un rol absolutamente pasivo” (Viveros, 1998: 162).

Considerando las observaciones realizadas por Viveros, resulta interesante indagar en lo que Mc Elhinny llama “trabajo interpretativo” de estos varones usuarios, redefiniendo los lugares en los que son colocados desde la institución médica, articulando ese lugar con la “carga identitaria” que

ellos traen. Por otra parte, al analizar dicho “trabajo interpretativo”, resulta fundamental, incluir la forma en que se construye la imagen de estos varones usuarios desde los discursos de los/as efectores/as de salud.

Viveros ed alter (1998) plantean que los oferentes del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, construyen sus representaciones sobre este método anticonceptivo en el espacio institucional en el cual trabajan, con base en un *discurso biomédico*, en su interacción con el usuario y en sus propias experiencias de vida. “La relación orientador-usuario se enmarca dentro de un modelo funcionalista que le asigna al orientador los atributos de competencia técnica y neutralidad afectiva¹⁸ y al usuario los de motivación para el procedimiento, confianza en el personal que le brindan los servicios y acatamiento de sus competencias profesionales y humanas”. (Viveros ed alter., 1998: 99) Analizando la forma en que los efectores –para el caso de Colombia específicamente orientadores¹⁹- representan la vasectomía y a los usuarios, se observan ciertas regularidades. Presentamos en forma esquemática, las conclusiones de Viveros en el siguiente cuadro²⁰:

Orientador Hombre	Orientador Mujer
Ambos presentan el método como una opción deseable e inocua para el usuario (no ofrece complicaciones)	

¹⁸ En el mismo sentido que lo describe Mc Elhinny (1994) para el caso de las operadoras policiales, podemos decir que se evita un excesivo involucramiento afectivo por parte del orientador.

¹⁹ A diferencia de Uruguay, en Colombia sí se estimula la realización de esta práctica por lo que los efectores de salud orientan y animan a la realización de la vasectomía.

²⁰ La autora no presenta sus observaciones de esta forma; se esquematizan aquí de acuerdo a los objetivos de este texto, corriendo el riesgo de reducir la complejidad de sus conclusiones.

¹⁷ En forma provisional y necesariamente contrastable.

postquirúrgicas ni afecta negativamente ningún aspecto de su vida).	
Ambos garantizan -por experiencia propia o cercana- la veracidad y seriedad de la información que proporcionan al usuario.	
Ambos idealizan el entorno que rodea el proceso de la toma de decisiones y no consideran las dinámicas y relaciones de poder que se ponen en juego al interior de la pareja.	
Tipifica a los usuarios de acuerdo a su ocupación, nivel educacional y socioeconómico.	Tipifica a los usuarios de acuerdo a su actitud frente a la decisión de esterilizarse.
Como criterio de selección prioriza el número de hijos del usuario.	Como criterio de selección utiliza el número de hijos + niveles de estabilidad de la pareja.
No menciona la participación de la pareja en la toma de decisiones (hincapié en una decisión libre e informada).	Plantea que el proceso de decisión se toma en la pareja, fuera del espacio institucional.
Hay una promesa implícita en el discurso del orientador de mejora en el desempeño sexual.	Incluye el tópico sexualidad únicamente vinculado a los efectos reproductivos (no riesgo de embarazo).
Tranquiliza al usuario haciendo referencia a los efectos sobre su posterior desempeño sexual.	Subraya elementos relacionales de la decisión: resalta el mérito del hombre que toma tal decisión, la solidaridad masculina con la pareja y los

	efectos positivos en la familia.
--	----------------------------------

Elaboración propia en base a Viveros, ed. alter, 1998.

Las observaciones de Viveros, 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) y abren una posible línea de trabajo para el caso uruguayo. Adscribiendo a una visión dinámica del género, creo relevante profundizar y problematizar el modo en que los efectores de salud varones y mujeres, presentan y (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*. En tal sentido la propuesta de Mc Elhinny (1994) permite complejizar las relaciones de tipo binaria efectores/usuarios y/o efectores varones/ efectores mujeres.

La autora argumenta a favor de una definición más flexible de género planteando que raramente un acto social dado es interpretado como solamente masculino o femenino. Por el contrario, usualmente es percibido confiriendo 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.

Volviendo a las observaciones de Viveros, se trata de problematizar no solamente las distancias en la práctica de efectores varones y efectores mujeres, sino también sus coincidencias.

Subjetividad, agencia, cambio: ¿hacia la búsqueda de masculinidades?

Ahora, ¿de qué forma los significados y prácticas de los varones en torno a la vasectomía o esterilización masculina se vinculan con la construcción de masculinidades en el campo de la salud reproductiva, campo tradicionalmente marcado por las desigualdades entre los géneros? ¿Cuáles son entonces las posibilidades de agencia y de cambio?²¹

Al decir de Connell (2005: 21) “los hombres pueden realizar opciones políticas para un mundo nuevo de relaciones de género. No obstante, esas opciones se realizan siempre en circunstancias sociales concretas, lo cual limita lo que se pueden intentar; y los resultados no son fácilmente controlables.”

Según Ortner (2006), la inmersión social de los agentes puede tomar por lo menos dos formas. Por un lado, el agente siempre está inmerso en relaciones de solidaridad (familia, amigos, parientes, compañeros, hijos, padres, profesores, aliados). Por otro lado, la agencia está siempre enredada dentro de relaciones de poder, inequidad y competencia. Para esta autora, la agencia tiene dos caras y puede ser entendida como (búsqueda de) proyectos o como (ejercicio del o en contra del) poder. Estas dos caras se mezclan en una relación de tipo

moebius. De esta forma, el poder opera desde arriba como dominación y al mismo tiempo, desde abajo como resistencia. En las conclusiones de su artículo, Ortner reafirma que la agencia es un tipo de propiedad de los sujetos sociales; está culturalmente modelada. Y la agencia es casi siempre distribuida de manera desigual, alguna gente lleva a “tenerla” y otros no; alguna gente llega a tener más y otros menos. Cualquiera sea la “agencia” que parezcan “tener” como individuos en realidad es algo que es siempre de hecho negociado interactivamente (Ortner, 2006).

Para los objetivos de la investigación, considerar la agencia como algo *negociado interactivamente* nos lleva -para el caso de la institución médica- nuevamente al análisis de la relación usuarios/efectores de salud. Hipotetizando sobre si la elección de la vasectomía supone un “acto subversivo” en relación a las masculinidades hegemónicas²², se pone en juego la agencia en la segunda acepción que Ortner propone: como una forma de *intención y deseo*, como el seguimiento de metas y la *ejecución de proyectos*.

Asimismo, la propuesta de Mahmood (2006) aporta pistas para complejizar la posibilidad de agencia y cambio en las masculinidades en relación a la práctica de la vasectomía. La autora, defiende una separación entre la noción de agencia y de resistencia. Sugiere que la agencia es mejor entendida a través de una paradoja de subjetivación: un proceso que no sólo asegura la subordinación del sujeto a las relaciones de poder, también produce los medios a través de los cuales él se transforma en una entidad auto-

²¹ Esta pregunta deja expresado un cierto interés ético en la investigación. Si el estudio de las relaciones de género es la entrada al estudio de las relaciones de poder, de la inequidad, considero que es necesario “tomar partido”. En este sentido, acuerdo con Connell (2005: 17) en que “las políticas de masculinidad no se pueden preocupar sólo de interrogantes sobre la vida personal y la identidad. Deben preocuparse también de asuntos de justicia social.”

²² De acuerdo a Connell, la masculinidad hegemónica “no es un tipo de carácter fijo, el mismo siempre y en todas partes. Es más bien, la masculinidad que ocupa la posición hegemónica en un modelo dado de relaciones de género, una posición siempre disputable” (Connell, 2005: 11) Y destaco aquí el concepto de “disputable”.

conciente, en un agente. En esta perspectiva, agencia no es simplemente un fenómeno de resistencia a las relaciones de dominación. De este modo, la autora, explora modalidades de agencia cuyo significado y efecto no se encuentran en las lógicas de subversión y resignificación de normas hegemónicas. La agencia se transforma en capacidad para la acción facultada por relaciones de subordinación específicas. Un aspecto central de la propuesta de esta autora refiere a que "el significado y el sentido de la agencia no puede ser fijado de antemano (...) la capacidad de agencia puede ser encontrada no sólo en actos de resistencia a las normas, también en las múltiples formas en que esas normas son incorporadas" (Mahmood, 2006: 131). Otro concepto que considero clave para el estudio de las masculinidades en relación a la vasectomía en el ámbito de la institución médica, es la posibilidad de *agencia sin intencionalidad* explícita de los actores, ya que abre un abanico de posibilidades interpretativas acerca del cambio. En este sentido, la agencia de los actores puede residir más bien en los cambios no deseados de sus propias prácticas.

Entonces, ¿cómo abordar la subjetividad, cómo estudiar masculinidades?

Kondo (1990) problematiza el lugar que el/la investigador/a otorga a los agentes. En este sentido, atender a las definiciones de los actores –usuarios varones y efectores/as de salud- por ejemplo de las áreas donde existe el conflicto, evitando conclusiones apresuradas del tipo de "falsa conciencia". Vinculado a las apreciaciones realizadas antes sobre el trabajo interpretativo, Connell promueve el desarrollo de un enfoque relacional que permitan reconocer la forma en que se elaboran las

configuraciones de género donde tienen lugar tanto el placer como la amargura.

Para concluir, me gustaría dejar abierto este campo de investigación. 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".

Bibliografía

- Connell, R. W. (2005), *Masculinities*, (Cap. 3 "The social organization of masculinities"), University of California Press, Los Angeles. Versión traducida disponible en: www.cholonautas.edu.pe Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales
- 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.
- 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.
- Kondo, Dorine (1990), *Crafting Selves. Power, Gender and Discourses of Identity in a Japanese Workplace*, (Cap. 8 "Uchi, Gender, and Part-Time Work) University of Chicago Press, Chicago.
- Mahmood, Saba (2006), "Teoría feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egípto", *Etnográfica*, Vol. X (1), pp. 121-158.
- MYSU (2008) *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2008*, MYSU, Montevideo.
- [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.](#)
- Ortner, Sherry (2006), "Power and Projects: Reflections on Agency" in Ortner, S., *Anthropology and Social Theory. Culture, Power, and the Acting Subject*, Duke.
- 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; Sacchi, Carla (2006), *Cuando la mujer consulta para interrumpir su embarazo. Aspectos socioculturales en la consulta ginecológica*. RUDA, Montevideo.
- Tubert, Silvia (2003), "Introducción: la crisis del concepto de género", En: Silvia Tubert (Ed.), *Del sexo al género: los equívocos de un concepto*, Ediciones Cátedra, Madrid.
- Viveros, Mara, Gómez, Fredy, Otero, Eduardo (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.*, 14 (Supl. 1), pp. 97-103, Rio de Janeiro (Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1345.pdf>)
- Viveros, Mara (1998), "Orden corporal y esterilización masculina". En: *Horizontes Antropológicos. Cuerpo, Doença e Saúde*, Ano 4, Nro. 9, Outubro, pp. 145- 170, Publicação do programa de pos- graduação em antropologia social da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Porto Alegre