

Hombres carnales: Las políticas somáticas de la salud reproductiva masculina

Matthew C. Gutmann

Brown University, Department of Anthropology
Matthew_Gutmann@brown.edu

Resumen

Este artículo presenta los resultados preliminares de un estudio etnográfico sobre salud reproductiva y sexualidad masculina llevado a cabo en Oaxaca de Juárez, México. Se centra en la decisión de usar métodos anticonceptivos como la vasectomía. Demuestra la forma en que las nociones de salud y sexualidad compartidas por los grupos masculinos de Oaxaca están relacionadas con los discursos médicos y de organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales. El autor se remite al concepto de "cultura anti-conceptiva femenina" (Viveros, 2002) para explicar la falta de participación masculina en la planificación familiar. Finalmente, el texto muestra la necesidad de problematizar la medicalización de la sexualidad masculina arguyendo una amplia perspectiva que incluye biología, política e inequidad de poder en las relaciones de género.

Palabras clave: Salud reproductiva masculina, sexualidad masculina, anti-concepción masculina, vasectomía.

CARNAL MEN: SOMATIC POLITICS OF MASCULINE REPRODUCTIVE HEALTH

Abstract

This article presents the preliminary results of an ethnographic study on reproductive health and masculine sexuality carried out in Oaxaca de Juárez, Mexico. Specifically, it focuses on the decision-making process in the use of anti-conceptive procedures such as vasectomy. The author demonstrates how notions of health and sexuality shared by Oaxacan masculine groups are related to the discourses medical community, governmental and non-governmental organizations use to deal with these issues. The author refers to the concept of "anti-conceptive feminine culture" (Viveros, 2002) to explain the lack of men participation in family planning issues. This text shows the need to problematize the medicalization of masculine sexuality arguing a wider perspective that includes biology, politics and power inequality issues embedded in gender relations.

Key words: Masculine reproductive health, masculine sexuality, masculine anti-conception, vasectomy, gender studies

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones y fundaciones internacionales siempre han desempeñado un papel importante en el control de la población. En algunas épocas la anticoncepción ha estado explícitamente ligada a metas eugenésicas, racistas e imperialistas; en otros momentos, se ha enfatizado en la planificación familiar y en temas como la morbilidad y la mortalidad de las mujeres; en el presente, el lema es “la salud reproductiva total”. Hoy en día, la fertilidad en la sociedad se ha convertido en una apuesta de fuerzas internacionales y locales, y de esto resulta que la autonomía reproductiva de la mujer requiere la participación del hombre, no solamente en el acto inicial, sino también como forma de declarar el fin de su exilio simbólico en asuntos relacionados con la reproducción.

En el presente texto pretendo compartir los primeros resultados de un estudio etnográfico realizado en Oaxaca de Juárez, México, sobre la salud reproductiva y la sexualidad masculinas, y más específicamente uno de los dos enfoques relacionados con el trabajo de campo: las vasectomías y la toma de decisiones con respecto a métodos anticonceptivos.

Los hombres tienen relaciones sexuales con las mujeres y a veces ayudan en el proceso de velar el crecimiento de los bebés. En las últimas décadas, en casi todas partes del mundo, se ha iniciado un período de amplia distribución de métodos anticonceptivos muy eficaces. Se ha desarrollado a nivel mundial lo que Mara Viveiros (2002) ha denominado “una cultura anticonceptiva femenina”, refiriéndose a las formas modernas de implementar la anticoncepción. En ninguna parte del mundo los varones participan en mayor número que las mujeres en la anticoncepción; usualmente el porcentaje de los varones utilizando algún método representa una pequeñísima proporción del número de mujeres que utilizan sus propios métodos. Como consecuencia para la salud reproductiva y la sexualidad, el significado de la participación de los varones es enorme; desgraciadamente son pocos los estudios académicos sobre estos asuntos.

La presente investigación sobre la salud reproductiva y la sexualidad masculinas en Oaxaca explora los factores culturales, históricos, fisiológicos y comerciales que influyen y, evidentemente, determinan la participación varonil en la anticoncepción, el sexo seguro y la toma de decisiones con respecto a la sexualidad en general y

con los “otros significativos”. En un sentido más amplio, el proyecto examina la salud de las culturas sexuales y la salud masculina, y se pregunta cómo están comprendidas tanto por las organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales, como por la comunidad médica y, más popularmente, por las diversas culturas masculinas en Oaxaca. Se explora en particular la idea de que las tradiciones y culturas “retrasadas” representan obstáculos que dificultan la participación igualitaria de los varones en la planificación familiar.

Me pregunto, parafraseando a Simone de Beauvoir (1999 [1949]) en *El segundo sexo*, en donde la célebre filósofa y escritora francesa demostró que “no existe un destino biológico femenino”, ¿por qué seguimos hablando como si los varones tuvieran un destino biológico masculino?

Hoy en día no se presenta en Oaxaca una cifra creciente de vasectomías. De hecho es muy probable que cada año esté disminuyendo el número de varones que deciden vasectomizarse. Hasta el año 2000, según las estadísticas oficiales de salud, a 3105 varones se les había hecho la operación –en una población de más de 3 millones de hombres y mujeres.

Tampoco se discute mucho sobre la vasectomía, ni en el discurso médico ni en el popular. La vasectomía es un procedimiento sumamente desconocido por la mayoría de personas en Oaxaca, y para los demás, los que al menos dicen que conocen lo que es, la vasectomía es un asunto irrelevante.

Aunque el número de varones buscando vasectomizarse es mínimo, vale la pena entender por qué éstos, si llegan a optar hacérsela, eligen este método anticonceptivo. Es decir, los factores que los llevan hacia ese rumbo nos pueden aclarar varios aspectos escondidos en cuanto a la salud y los derechos reproductivos, la sexualidad y la planificación familiar.

En mi estudio examino por qué son pocos los varones que participan de alguna manera en la anticoncepción. También indago por qué son tan escasos los métodos para hombres, tanto en Oaxaca como globalmente. Exploro la relación entre la participación mínima de los varones en la anticoncepción y “la cultura” (el machismo, etc.), así como con la “inercia”, cuya base reside en parte en la dependencia histórica de los varones de la mujer para “cuidarse”, y en la falta de opciones, producto de las acciones institucionales de la industria farmacéutica, la iglesia católica y los medios de comu-

nicación. ¿Tienen la culpa los varones de esta baja participación en un sentido sociopolítico? También hay que preguntar si existe una razón fisiológica fundamental para que forzosamente la fertilidad tenga que estar relacionada exclusivamente con las mujeres, y en este sentido sea muy distinta, como campo de estudio demográfico, de la migración y la mortalidad. ¿Hasta qué punto pensamos en los varones más allá de ser una variable que simplemente influye en la fertilidad femenina? ¿Podemos ver aquí un reflejo de un prejuicio cultural más que un prejuicio anclado en lo somático?

Por todas partes del mundo actual podemos encontrar debates, tanto en las familias como en las instituciones públicas, sobre la responsabilidad compartida por parte de los varones en su comportamiento sexual y en el mejoramiento de la salud reproductiva de mujeres y hombres. A partir de las conferencias internacionales sobre género y desarrollo llevadas a cabo en la década de 1990 en El Cairo y Beijing, la política oficial de las agencias gubernamentales y de las ONGs ha sido la de promover la participación de los varones en la anticoncepción y el sexo seguro, como parte del esfuerzo por respetar el derecho de las mujeres y los hombres en la regulación de la fertilidad y en las relaciones sexuales sin riesgo de embarazo o enfermedad. Sin embargo, los avances en el cumplimiento de una equidad de género y la participación de los varones, son escasos. Y continuará siendo difícil progresar en dichos proyectos si no avanzamos en nuestro conocimiento de la vida sexual y reproductiva de los varones y las mujeres de verdad (y no sólo los de tipos ideales).

Al nivel más íntimo de las familias y los hogares, por ejemplo, lo que sabemos es demasiado general sobre la forma precisa de las discusiones, debates y decisiones en los asuntos sexuales de los hombres y las mujeres. ¿De qué manera las relaciones afectivas cambiantes entre los varones y las mujeres pueden transformar los valores culturales con respecto a la salud reproductiva y a la sexualidad? Hasta la fecha casi todos los estudios antropológicos sobre la reproducción humana se han enfocado exclusivamente en la mujer. Hay que añadir el actor “perdido” en el estudio del proceso reproductivo. Y hay que examinar las negociaciones entre varones y mujeres –la dinámica conyugal, como suele nombrarlas Carole Browner (2000)– en un contexto bastante amplio.

Entre el personal especializado en salud pública y la población en general, existen varias creencias en cuanto a las prácticas y los

deseos relacionados con la sexualidad masculina, que pocas veces tienen un sustento real fuera de su amplia aceptación. En cuanto a las creencias populares sobre el impulso masculino sexual y su relevancia para la reproducción y la sexualidad, muchas siguen dependiendo más del sentido común y de supuestos, que de algún análisis sistemático sobre la sexualidad masculina. La fuente principal de creencias básicas sobre la sexualidad masculina en Oaxaca y en México siguen siendo los sentimientos prosaicos representados como conocimiento científico, tanto en los trabajos de prevención como en los programas de tratamiento.

El presente estudio trata de las parejas heterosexuales en Oaxaca, una ciudad en la sierra occidental, con medio millón de habitantes y ubicada a unos 500 kilómetros al sur del Distrito Federal. Aproximadamente la mitad de la población del Estado de Oaxaca, que tiene más de 3 millones de personas, se auto-identifica con uno u otro grupo indígena (los más grandes son zapotecos y mixtecos). Según casi todos los índices, la calidad de vida en Oaxaca es de las más bajas en México, especialmente en zonas rurales. Mi trabajo de campo etnográfico se desarrolló principalmente entre 2001 y 2002 en la ciudad de Oaxaca de Juárez, en dos clínicas donde hacen vasectomías y en la clínica de COESIDA, del programa estatal que trabaja con personas seropositivas para VIH y ya en etapa de SIDA. También trabajé como peón una vez por semana en el Jardín Etnobotánico de Oaxaca, con un grupo de veinte varones sacando tierra y cuidando las plantas.

Observé 22 vasectomías en tres clínicas diferentes y también entrevisté a varios hombres y mujeres en los corredores de las clínicas. Estuve presente durante tres ligaduras para entender mejor la diferencia entre vasectomía y salpingoclasia (sobre todo en lugares donde cortan unos centímetros de piel, músculo y grasa y no hacen ligadura con láser como ahora es común en Estados Unidos).

Al comenzar la vasectomía, cuando me paré cerca de la cabeza del hombre, me presenté y describí el propósito de mi presencia en la operación y pedí su autorización para estar presente durante el resto de procedimiento –empecé así: *“Pues, me la hicieron a mi hace seis años. Bueno, en ese entonces no hacía mucho caso a los detalles de la operación...”*.

Después de unas semanas, debido a la falta de una enfermera en una clínica y el carácter medio taciturno de los médicos en otra, me integraron en las vasectomías de varias maneras. *“Dame el frasco*

a tu lado, Mateo”, “*Está sangrando, Mateo, busca más gasa por favor*”. Más que nada me desempeñé en un papel de anestesiólogo emocional, y mi rol era tranquilizar al paciente arriba, mientras lo operaban abajo. Compartí historias con los varones sobre el dolor que yo había experimentado después de la operación (mínimo), en términos generales discutimos preocupaciones en cuanto a capacidades, deseos y desempeño sexual después del procedimiento; y en una ocasión, los doctores me pidieron sacar fotografías de una vasectomía. Cuando le pedí autorización al paciente, un empleado en una gasolinera, pensé que me iba a contestar: “*¡De ninguna manera!*”. En cambio, Enrique no solamente me dio su permiso para tomar fotos de sus genitales en la mera operación, sino que ¡me pidió copias para su familia!

En la etnografía, el reto de distinguir entre lo que dicen los sujetos del estudio y lo que hacen siempre es de los más difíciles. Cuando me contaban cómo llegaron a decidir practicarse la vasectomía, muchas mujeres afirmaron que al fin de cuentas a sus maridos les tocó la decisión. Pero como Rayna Rapp (1999), antropóloga estadounidense que hizo un estudio de la toma de decisiones en cuanto a la amniocentesis en Nueva York, yo también “me preguntaba mucho si fui testigo de la dominación masculina o de una invocación femenina de este privilegio masculino clásico”. Me llamó mucho la atención lo que Rapp ha denominado “el argumento de género” que nos revela “una dosis generosa de la manipulación femenina”.

La toma de decisiones en Oaxaca sobre vasectomizarse o no, como sobre la amniocentesis en Nueva York, indica “una coreografía compleja de dominación, manipulación, negociación y, a veces, resistencia en los cuentos de género que la mujer relata sobre sus decisiones”. La tensión entre lo que dice la gente para el consumo público y los susurros de motivos escondidos y razones secretas por necesidad, forman la base implícita del análisis en el presente estudio.

LAS POLÍTICAS CORPORALES MASCULINAS

En Oaxaca existe la organización médica (y medicalizada) de la salud reproductiva y la sexualidad, dentro de la cual se comprende la sexualidad tanto popular como médicamente a manera de un proceso de obligaciones, impulsos, restricciones y limitaciones psi-

cosociales, donde la medicalización se expresa en la naturalización implícita de los deseos, necesidades y satisfacciones en cuanto éstos tengan un carácter de género en los varones. Mientras en los 1970s y principios de los 1980s en los análisis social-constructivistas emergió una “desmedicalización de la sexualidad”, con la pandemia del SIDA surgió de nuevo “una remedicalización profunda de la sexualidad” (Parker, Barbosa & Aggleton, 2000: 3). En Oaxaca es evidente dicha medicalización en las creencias populares que encuentran una equivalencia entre la sexualidad masculina y los impulsos incontrolables. “*Tenemos más apetito sexual que las mujeres*”, suelen decir algunos. La cultura anticonceptiva femenina de la que habla Viveros (2002), florece en un contexto donde existe una aprobación médica de tales sensibilidades en cuanto a la sexualidad masculina innata. Porque como nos enseñan las antropólogas médicas norteamericanas Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987), “inevitablemente la medicalización implica una identificación entre los cuerpos individuales y sociales y una tendencia a transformar lo social en lo biológico”.

Planteemos una preguntita: ¿son semejantes los argumentos, las verdades sagradas, con respecto a la sexualidad masculina y los que pretenden indicar una tendencia hacia la violencia por culpa de la testosterona? Como dice el neurólogo Robert Sapolsky (1997), la testosterona no causa la agresión; puede exagerar la agresión ya presente, pero “los niveles de testosterona no predicen nada sobre quién va a ser agresivo o no. Diferencias de comportamientos impulsan los cambios hormonales, y no al revés”. De la misma manera tenemos que entender el alcance de un impulso fisiológico masculino, y cómo las culturas masculinas pueden impulsar a los varones a ser “sexualmente incontrolables”, para entender hasta qué punto las culturas impulsan cambios hormonales.

De igual manera la psicóloga mexicana Ana Amuchástegui (2001) discute el asunto de la educación sexual en las escuelas de México, de modo que el conocimiento mínimo aprendido en biología a través de maestras representa la base para todo el conocimiento del país. En este caso la biología es la sexualidad. La sexualidad se convierte en una serie de interacciones neuronales, hormonales y fisiológicas (o sea, más o menos instintivas). ¿En qué medida se ha basado nuestro conocimiento de la sexualidad masculina naturalizada y medicalizada (o al menos ha sido reforzado) en esquemas biológicos y biólogos que empiezan en la escuela secundaria?

Pese a los esfuerzos de algunos especialistas en la región para describir y analizar una diversidad de masculinidades y feminidades, sin duda alguna los dualismos dicótomos (el mundo masculino versus el mundo femenino, actos pasivos versus activos, varones tradicionales versus modernos) siguen vigentes en los discursos médicos y populares.

IMPULSOS PRIMORDIALES

En el Jardín Etnobotánico de Oaxaca, que se encuentra al lado de la famosa catedral de Santo Domingo de Guzmán, trabaja un joven con apodo “Chaquetas” (o a veces “Chaquete”). La palabra chaquetear en México quiere decir masturbarse, y a los demás trabajadores en el Jardín les gusta llamar así al joven Artemio, no porque lo encontraran algún día debajo de un nopal en acto flagrante, ni porque no tenga novia (porque sí, la tiene), sino simplemente porque es todavía un joven soltero.

Es un varón adolescente soltero y, por eso, los demás hombres toman por sentado que “se goza mucho”, “así son los jóvenes varones”. (Nunca he escuchado a nadie refiriéndose a una muchacha que se masturba mucho, ni mucho menos el uso de un sobrenombre para una joven que implique algo por el estilo).

Artemio habla chatino y es del pueblo de Santo Domingo Morelos Pochutla de la costa pacífica de Oaxaca. Cuando llegó a Oaxaca en 1998 hablaba poco español y hasta la fecha sus compañeros de trabajo se burlan de eso y cuentan la historia de cuando lo mandaron a buscar una pala y en cambio, “Chaquetas” regresó con barreta, por no entender todavía los nombres en castellano. También se burlan de él porque, según dicen, Artemio toma demasiado alcohol, y en vez de pasar por esto, como una experiencia de la adolescencia, parece que Artemio es incapaz de salir de ella y se ha vuelto un joven alcohólico. Pero en cuanto a la masturbación, el apodo “Chaquetas” tiene mucho menos que ver con Artemio como individuo, y todo que ver con su estatus de ser adolescente varón: así son los jóvenes y no las jóvenes. “*Tienen la leche guardada*”, y por eso los adolescentes tienen que sacarla a la fuerza, por lo menos dos veces al día.

Es notable el énfasis en la masturbación y no tanto en las fantasías sobre que los solteros de cualquier edad son mujeriegos. En

investigaciones anteriores en la ciudad de México, he encontrado actitudes (y me imagino prácticas) similares –es un ambiente sumamente difícil de conocer salvo por “lo que nos reportan”.

“Sabes lo que decimos sobre los solteros, ¿o no?” Me preguntó Marcelo, un amigo en la colonia Santo Domingo, en la capital mexicana. “*Los solteros son chaqueteros*” y “*no le aprietes el cuello al ganso*” (véase Gutmann, 2000: 209-11).

Puede ser que los hombres chaqueteros no evoquen una imagen tan romántica como la del mujeriego. Sin embargo, para describir la vida sexual de la mayoría de los hombres solteros de Oaxaca, tanto como de México en general, supongo que esta representación de los jóvenes solteros es infinitamente más exacta, aunque bien mundana, que las descripciones de los rapaces jóvenes mexicanos siempre al acecho de la conquista de muchachas. En otro momento, mi amiga, la abuelita Ángela, me enseñó la expresión que ella y sus hermanas utilizaron para referirse a un sobrino soltero adolescente, “*le jala la cabeza al gallo*”. Así se dice, son los usos y costumbres sexuales en la vida de los adolescentes varones.

De hecho, mi amigo Roberto que repara mofles en la capital mexicana, me informó que él y su esposa han considerado importante instruir sobre la masturbación a sus tres hijos varones para que aprendan a considerarla como parte de una etapa de transición y como una buena forma de controlar el “estrés” (Gutmann, 2000: 210). Como escribe Héctor Carrillo (2002: 171) en su libro sobre sexualidad en la época del SIDA, una investigación hecha en Guadalajara en los años 90s, “Con respecto a la masturbación adolescente, la influencia principal en cuanto a las opiniones de los entrevistados parece ser la percepción generalizada que aceptar dicha práctica indica la modernidad y una respuesta apropiada en contra de tradiciones morales ya de otra época”.

Los impulsos somáticos adolescentes existen fuera del control de los “chavos”, entonces les toca a los demás –a las jóvenes mujeres y a los adultos en general– controlarlos.

Encontramos entonces lo que puede parecer un culto a la masturbación varonil y viril, basado en la idea de que hay una esencia masculina en cuanto a sus impulsos naturales (un destino biológico masculino, recordando a Simone de Beauvoir). En cambio, las adolescentes con la pubertad no entran con la misma fuerza al mundo sexualizado. La promoción popular del apego masculino adolescente a la masturbación, tiene raíces en los conceptos popu-

lares de la naturaleza. La versión medicalizada es que la masturbación adolescente de los varones implica una apertura sana y segura, una vía normal en el proceso varonil de adaptarse al mundo sexual como hombres de verdad.

VASECTOMÍAS

¿Por qué son pocos los varones en Oaxaca que optan por la vasectomía, y qué tiene que ver con el sentido común sobre la sexualidad masculina? Menos interesado en las cifras y representatividad, y más interesado en la influencia de sus parejas y otras mujeres y los demás varones en el proceso de tomar la decisión, mi estudio rechaza por necesidad pretensiones implícitas en las ciencias sociales de que las mujeres adultas tienen poca influencia con respecto a los varones adultos, y de que las identidades y prácticas masculinas están relacionadas usualmente, si no siempre, con factores homosociales.

En la Clínica número uno de Oaxaca durante el año 2001, me senté un día para entrevistar a una mujer. Su esposo acababa de regresar “*para siempre*” de los Estados Unidos, y los dos decidieron que necesitaban un método anticonceptivo confiable. Como todavía pensaban en la posibilidad de tener más hijos algún día, buscaron un método temporal. Ella estaba en la clínica para colocarse un dispositivo intrauterino (DIU). Le pregunté: “*Por supuesto no quieren que se le haga la vasectomía a su esposo, porque es un método permanente, pero ¿han pensado en otros métodos para los varones en vez de optar por el dispositivo?*”

Me miraba como si yo estuviera un poco torpe o lento y con delicadeza me contestó: “*¿Cómo qué?*”

Y yo, por supuesto, no tuve mucho que decir. Porque fuera del condón —y olvidando por el momento el “retiro” y el ritmo como métodos poco confiables a largo plazo— no existen otros métodos para los varones en el mercado comercial, ni en Oaxaca ni en el mundo. Existen entonces pocas “opciones para los varones”.

El reciente programa anticonceptivo en México “oferta sistemática”, también nos revela cómo las políticas gubernamentales tienden a reforzar ciertos métodos y no otros. En la oferta sistemática cada vez que entra una mujer o una pareja a una clínica, por cualquier motivo, si la mujer no se está cuidando los médicos, pasan-

tes (estudiantes de medicina), enfermeras y otros, promueven en ella la adopción de algún método.

Los porcentajes de hombres vasectomizados son diferentes en distintos países e, igualmente, en regiones diferentes dentro de los países. Hay países como China y Estados Unidos donde las tasas son más altas que en Oaxaca (10 por ciento en China, 15 por ciento en Estados Unidos, mientras que en Oaxaca sólo es del uno por ciento –véase EngenderHealth 2002–). En México y América Latina en general, la tasa de esterilización masculina está generalmente por debajo del uno por ciento. La tasa de esterilización para la mujer en México es de alrededor del veintiocho por ciento. Además, dentro de México, Oaxaca tiene una de las tasas más bajas de vasectomía.

¿Indican estas diferencias estadísticas alguna diferencia cultural básica, en cuanto a los varones y las masculinidades? ¿Resultan de sistemas diferentes de publicidad y de acceso? Ya me parece un error fatal atribuir las diferencias de cifras a una distinción cultural por país o por región, como si pudiéramos hablar de una cultura mexicana, otra colombiana, otra china, etc., porque nada existe inherente en las culturas de México, Colombia y China que implique la imposibilidad de popularizar la vasectomía. (Recuerden que ya hace unas décadas, algunos expertos anunciaron que por razones de un catolicismo visceral en América Latina, jamás se podrían popularizar métodos anticonceptivos modernos, lo que obviamente hoy en día nos parece absurdo.)

Entonces, si no existe nada culturalmente inherente para explicarnos por qué son relativamente bajas las tasas de vasectomía en Oaxaca y en América Latina, ¿cómo explicarlo? Creo que el concepto de la cultura anticonceptiva femenina nos ayuda a entender la falta de participación varonil en la planificación familiar.

VASECTOMIAS SIN BISTURÍ (Y OTROS ENGAÑOS)

En Oaxaca, como en otras partes del mundo, el personal médico insiste en promover la vasectomía sin bisturí, como si las tijeras utilizadas actualmente fueran instrumentos femeninos, en comparación con el cuchillo quirúrgico (el bisturí) que simbólicamente encarnaría otro pene y al resto de la población varonil. De hecho, me informaron algunos médicos: “la verdad es que la vasectomía sin bisturí ya no es una operación quirúrgica”.

Otro ejemplo de una intervención médica supuestamente inocua: uno de los médicos más comprometidos en promover la vasectomía, –y alguien de quien muchos varones me dijeron, “*si no fuera por él, nunca habría decidido hacérmela*”– comienza muchas veces la operación con una pregunta al paciente: “¿*Ya has hablado con tu esposa sobre la vasectomía?*” Y cuando el señor contesta que, “¡*Sí!*”, el buen doctor sigue con otra preguntita: “¿*Y también has hablado con tu novia?*”. Nunca escuché a nadie preguntando a una mujer durante una ligadura algo semejante....

La ignorancia, la falta de información y los temores sin fundamento con respecto a la vasectomía son tan significativos como cualquier machismo latino a la hora de explicar por qué son pocos los varones oaxaqueños los que se hacen la operación. En realidad hay publicidad, al menos en la ciudad; lo que falta es información útil más que la mera existencia de letreros o folletos. Aún en los folletos, lo que no se dice es tan importante como lo que se dice: nunca se compara la vasectomía con la ligadura. Simplemente se presenta el procedimiento por si acaso el varón individual quisiera hacérselo.

Y parece que aun los que pretenden conocer la vasectomía muchas veces saben poco. Hasta colegas antropólogos me han preguntado que partes del pene y/o los testículos se cortan en la operación (la respuesta: ninguna). Algunos hombres que vienen del campo de Oaxaca me han afirmado con confianza que ya saben de qué se trata: como con los toros, hay que agarrar la parte entre el pene y los testículos con una cuerda, apretarla, y así efectivamente cortar los conductos. O, como con los cerdos, borregos y chivos, hay que poner los testículos del animal sobre una piedra y aplastarlos con otra.

¡Qué sorprendente que no sean más los campesinos que buscan la vasectomía para sí mismos!

La preocupación principal que expresaron los varones entrevistados no es sorprendente: “si nunca más iban a tener relaciones sexuales con una mujer”. La preocupación tiene dos componentes: uno, muchos temen que van a ser físicamente incapaces de tener relaciones y otros temen que nunca más van a querer tener relaciones. A veces la segunda se manifiesta en el temor de “volverse” homosexual (lo que sería lo peor, porque obviamente los gays no requieren de métodos anticonceptivos).

La pregunta, “¿*Funcionará?*” no se puede contestar sencillamente con una discusión sobre erecciones y eyaculaciones. Tam-

poco se puede reducir la relación entre la hombría y la vasectomía a la ansiedad de procrear. Para muchos varones en la ansiedad de poder satisfacer a la mujer es donde reside el problema. Por eso alguna vez un hombre comentó que su palabra favorita era “¡Así!” porque cuando una mujer en el momento de alta pasión le dijo eso, sabía que lo estaba haciendo bien, y así probándose muy hombre.

La relación vasectomía-hombría está íntimamente ligada a la relación vasectomía-placer sexual. Y si el placer sexual del hombre tiene que ver con el de la mujer, podemos regresar de nuevo al tema de los impulsos primordiales y preguntar si los hombres sexualmente fuera de control son así más por razones culturales que por razones hormonales. De cierta manera, el argumento es el opuesto al del antiguo paradigma feminista, porque ahora son los hombres y su sexualidad los que quedan más cerca de la naturaleza que la sexualidad de las mujeres. En el lenguaje popular y en el de los folletos de agencias de planificación familiar se notan referencias directas e indirectas a la sexualidad masculina rapaz y desenfrenada. Me pregunto: ¿son justificaciones culturales, o no?

NEGOCIANDO LA SALUD REPRODUCTIVA Y LA SEXUALIDAD EN OAXACA

En el cruce de explicaciones hormonales y los usos y costumbres culturales podemos ver algo del conflicto y la toma de decisiones sobre la esterilización masculina.

Gabriel es taxista. Después de trabajar por varios años en la capital de la República, decidió regresar a Oaxaca con su familia para mejorar su situación económica. Cuando le pregunté por el proceso de decidir hacerse la vasectomía, me contestó:

Bueno, más que nada no fue una discusión, fue un. . . en el caso de que platicamos ella y yo, me decía, “¿Cómo ves, si me opero yo?” Entonces, le dije yo, “Pues, como tu veas, hija, si no yo también me puedo operar”. Y dice, “¿Si te la harías?” Le digo, “Sí, sí, me la haría yo, ora, sí, que de alguna manera si tu ya padeciste algo con mis hijos de sufrir en el parto, no tiene nada de malo que yo me opere”. Eso era antes de que naciera mi hija, para eso mi esposa se estaba controlando con el dispositivo, después resultó que tenía un quiste. Y el quiste no era un quiste sino era mi hija, aun con el dispositivo. O

sea, no resultó tan bueno el dispositivo. Fuimos con el doctor, para eso el dispositivo ya se le había encarnado, se lo quitaron, pero como ella tenía el 'supuesto quiste' le dieron medicina para atacar el quiste y entonces afectó mucho a mi hija. Todo el embarazo ella estuvo muy mala, muy delicada, y mi hija nació de siete meses. Estuvo un mes y un día internada en el Hospital General [en el D.F.] en terapia intensiva. Estuvo muy mala, muy, muy delicada.

Por eso se hizo la vasectomía Gabriel. No querían arriesgar otro embarazo. Cuando pregunté si de alguna manera se consideraba especial o diferente que los demás varones que no optaron por hacérsela, los que prefieren que la mujer "se cuide", me dijo:

Es nuestra idea que tenemos los mexicanos. Nosotros tenemos ideas un poco machistas. Y le digo 'tenemos' porque también hay veces que me considero con ideas machistas. No valoramos que realmente la mujer sufre mucho en los partos de nuestros hijos, desde que están pequeños. "La mamá es la mujer abnegada", todo eso es una idiosincrasia.

Jesús utilizaba un término específico para describir las negociaciones antes de su vasectomía: su intención era "*tratar de ayudar un poco a mi esposa en el sentido de planificar la familia*". Octavio dijo que después de depender del dispositivo por seis años, su esposa estuvo muy contenta con la noticia de que él iba a vasectomizarse. El me confesó, "*¡Imagínate como es tener hijos!*" "*Hay que ser comprensivos con las mujeres*", me insistió Arturo. Miguel insistió en que su esposa "*ya había sufrido*", y que la esterilización "*es más fácil para el hombre*". A Alfredo le dio risa recordar lo que le había dicho su esposa: "*Te toca un poco sufrir*".

Al mismo tiempo el papel de los amigos, compañeros de trabajo y familiares varones en muchos casos fue aun más importante en la toma de decisiones, sobre todo para aliviar las preocupaciones en cuanto a su capacidad sexual futura. Octavio, bombero de 29 años, contó que a unos 10 ó 12 bomberos más se les había practicado la vasectomía en los últimos dos años.

Inquietudes por la salud de la mujer, decisiones de compartir un poco el sufrimiento con ella, y liberación de las preocupaciones por las consecuencias sexuales de la operación, todos son motivos para hacerse la vasectomía. De modo que la mayoría de los hom-

bres que he entrevistado han optado por la esterilización por razones simpáticas y empáticas, para quitar el sufrimiento de la mujer en el pasado y el presente y evitarlo en el futuro.

Pero no fueron las únicas razones varoniles para esterilizarse.

LAS AVENTURAS Y LAS DOBLE-ESTERILIZACIONES

No obstante las preocupaciones de muchos varones que he conocido en las clínicas donde hacen vasectomías en la ciudad de Oaxaca, y la empatía y generosidad genuina mostradas por muchos hombres y mujeres en tomar una decisión tan permanente e importante, el cuadro no se ha terminado de pintar. Porque existe otro grupo de razones que ofrecen algunos varones para vasectomizarse, y de varias maneras éstas también nos pueden revelar mucho sobre los patrones de relaciones y desigualdades de género.

Algunos hombres explican su decisión con la expresión “cana al aire”. Según dicen, la vasectomía les va a facilitar las aventuras en el futuro.

Conocí a la esposa y al hijo menor de Luis en la sala de espera de una clínica en el Centro de Oaxaca. Luis estaba paseando afuera en vez de esperar sentado adentro. A las 8:30 en punto, la hora previamente indicada, entró Luis y mientras él se quitaba la ropa, la enfermera le aplicó un cuestionario.

“¿Edad?” “40”.

“¿Estado civil?” “Casado”.

“¿Hijos?” “Dos”.

“¿Razón para la vasectomía: Paridad satisfecha?” “Sí”.

“¿Métodos anticonceptivos anteriores?” Luis pareció un poco perplejo, pero al fin contestó, “Ninguno”.

Unos días después tuve la oportunidad de hablar con Luis y su esposa Olivia, en la sala de su casa. Todavía sentía un poco de dolor por la operación, pero ya no tanto. Le pregunté a él ¿*Por qué decidieron vasectomizarse?* Pero no me contestó él, sino Olivia:

“Desde hace ocho años estamos; desde cuando nació mi hijo”.

Luis dijo que se había demorado tanto porque no quería “maltratar” a su cuerpo:

Si nunca me ha dado guerra mi cuerpo en 40 años por qué lo voy a maltratar ¿no? Entonces esa era mi idea y, bueno, hasta la fecha esa es mi idea ¿no? Nada más fui y me la hice. La verdad, la vasectomía, por complacerla a ella, no tanto porque vaya yo a dejar hijos regados por todos lados. Porque ella ya está ligada. Entonces...

“¡Ah! ¡¿Sí?!” dije yo.

El continuó: “Entonces cuál era la... la... la...”

Yo insistí: “¿Entonces por qué?”

Olivia añadió ahora: “Por darme gusto a mi”.

“Nada más por darle gusto a ella. Porque ya se lo dije, ya no tiene caso. ¿Por qué me la hago yo si ya estás ligada?”

“Más vale prevenir. El hombre mexicano, así es, así es...”

Enfatizó Olivia, como si no fuera necesario otro pretexto para explicar su doble-esterilización.

La tasa relativamente baja de vasectomías en Oaxaca también puede ofrecer un ejemplo contrario a los instintos varoniles: si así fueran todos los machos mexicanos, ¿por qué no se aprovecharían más del procedimiento? Es evidente que las explicaciones culturales pueden usarse para justificar cualquier comportamiento. Además de documentar la creencia popular en la autoridad y resiliencia de prácticas culturales como la sexualidad masculina incontrolable, lo que también me interesa aquí es el papel de los trabajadores en salud reproductiva, porque también ellos siembran ideas estereotipadas sobre impulsos sexuales que vienen “ya cargados”, al menos potencialmente, en el cuerpo masculino.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Para entender mejor los procesos de la toma de decisiones con respecto a los métodos anticonceptivos es obvio que tenemos que incluir a los varones. También es evidente que los factores externos –como los medios de comunicación, la iglesia católica y las instituciones y campañas del sector de salud pública– tienen una influencia profunda en cuanto a los resultados de las negociaciones entre las parejas a propósito de la planificación familiar. Para determinar el impacto, entre los varones y las mujeres, del sentido común y de los supuestos culturales de la comunidad médica, por ejemplo, sobre la sexualidad masculina; es necesario descifrar cómo apresuran

los médicos a los clientes y pacientes para adaptarse a un comportamiento sexual u otro.

Si la relación entre los factores globalizantes y localizantes — la mercantilización sexual, la codificación étnica, y los circuitos migratorios de información, enfermedad y prácticas novedosas— en el gobierno de las negociaciones sobre la salud reproductiva y sexualidad masculinas apenas está emergiendo como campo de estudio académico legítimo y significativo, con excepciones importantes como el trabajo de Viveros (2002), el estudio de la vasectomía y la anticoncepción masculina todavía es tierra incógnita. Estudios antropológicos recientes nos han mostrado claramente la relación entre las identidades y desigualdades de poder de género por un lado y el cambio cultural por el otro. Para el presente trabajo, quizá lo que sea más relevante subrayar en esos estudios es su énfasis en la desigualdad como una base del cambio cultural. Por ejemplo: la relación que tiene la mujer con la sexualidad masculina y las negociaciones sobre métodos anticonceptivos; cómo entender el rol del hombre en la reproducción y por qué apenas estamos incluyendo a los varones en los estudios y campañas de salud pública con respecto a la salud reproductiva. Y las realidades de la anticoncepción: qué papel ha jugado la biología, la cultura y la política en determinar qué métodos existen, se utilizan, y se desarrollan.

En cuanto a la elección, y si podemos concluir que de alguna manera el personal médico está practicando una medicina de mala fe, propongo que en sentido común cultural sobre la salud reproductiva y la sexualidad masculinas muchas veces, por casualidad o no, contribuye a que los varones opten por no vasectomizarse.

Otro factor: en el siglo XXI, México, como casi todos los demás países del mundo, depende casi ciento por ciento de los productos de las compañías farmacéuticas extranjeras. Es en este contexto que podemos captar el significado de un comentario de Gabriel, el taxista:

¿Por qué no hay métodos para los hombres? Y realmente muchos, yo también, pienso que los farmacéuticos o de las empresas como Bayer o equis, cuando ya ven que algo les está reeditando, pues, ya no se han de preocupar más en los demás ¿no? Han de decir, “¿Para qué me preocupo de ustedes si realmente con las mujeres nos va muy bien”.

Decisiones sobre la anticoncepción y otros asuntos relacionados como el número de hijos, cuándo tenerlos, cómo ahorrar dinero para mantenerlos, la educación, el empleo y la vivienda –todos son asuntos influenciados por las mismas compañías farmacéuticas y los productos que nos ofrecen, o no, en el mercado mundial. Lo que se considera como “el nivel ideal” de fertilidad, y de dónde viene la noción del nivel ideal, son temas poco discutidos en el contexto de las fuerzas del mercado internacional por las mujeres y los hombres en Oaxaca. A lo mejor vale la pena considerarlo un poco más.

Entonces ¿por qué las tasas de vasectomía en Oaxaca y México son tan bajas? Y ¿qué tiene que ver en ello la cultura anticonceptiva femenina propuesta por Viveros? Son pocos los médicos en Oaxaca que saben hacer la vasectomía. Hay mucha ignorancia sobre el procedimiento. Mientras no existan métodos fuera del condón para los varones, las mujeres seguirán cuidándose solitas. Con poca información y pocos productos, hay poca posibilidad de que los varones asuman más responsabilidad en la planificación familiar.

Aunque de poco alcance y poca duración, ha habido varias campañas en Oaxaca cuya meta ha sido involucrar a los varones en la planificación familiar, o sea, lograr su participación de una manera u otra. Sin embargo han fracasado todas las campañas a largo plazo porque nunca han intentado resolver las causas fundamentales en cuanto a la resistencia masculina frente a la anticoncepción. Las desigualdades generales, incluso en el campo de la salud reproductiva y la sexualidad, siguen siendo escondidas e incontrovertidas.

También hemos tomado por sentado la medicalización de la sexualidad masculina –desde la masturbación adolescente hasta las aventuras de los varones adultos y la participación activa de los varones en la anticoncepción. Sin embargo sería demasiado fácil, y al fin de cuentas nada útil, relegar a las ciencias biomédicas el estudio de la sexualidad. Simplemente notar que hoy en día no existen métodos anticonceptivos que manipulen las hormonas masculinas, ¿debemos concluir que por razones fisiológicas no se puede encontrar un método hormonal para los varones? Así ¿debemos también concluir que la falta de participación de los varones en la anticoncepción está vinculada con su carácter de ser “brutos carnales”? Podemos llegar a conclusiones semejantes, pero sólo si nos negamos a ver el cuadro en su conjunto.

AGRADECIMIENTOS

El presente artículo viene de una conferencia que ofrecí en la Universidad Nacional de Colombia en mayo de 2003. Agradezco a la UNC y en particular a la entonces directora de Maestría de Antropología, la Dra. Mara Viveros Vigoya, por la invitación de compartir los primeros resultados de mi estudio. Fue un placer especial visitar a Bogotá de nuevo porque es de la Dra. Viveros más que nadie de quien he aprendido de la salud reproductiva masculina. Les doy las gracias a los varones y mujeres que conocí en las clínicas y el Jardín Etnobotánico de Oaxaca, y a mis colegas Ignacio Bernal, Alejandro de Ávila, Margarita Dalton, Gudrun Dohrmann, Michael Higgins y Paola Sesia. La investigación tenía el apoyo financiero de la National Endowment for the Humanities University Professors Fellowship del gobierno estadounidense, un sabático y una beca pequeña del Population Studies and Training Center de la Universidad de Brown. Agradezco también al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social-Istmo y al Instituto Nacional de Antropología e Historia-Oaxaca por su apoyo durante mi estancia en Oaxaca.

BIBLIOGRAFÍA

- Amuchástegui, Ana. 2001. *Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados*. México, D.F.: EDAMEX/Population Council.
- Browner, Carole. 2000. Situating Women's Reproductive Activities. *American Anthropologist* 102(4): 773-88.
- Carrillo, Héctor. 2002. *The Night Is Young: Sexuality in Mexico in the Time of AIDS*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Beauvoir, Simone de. 1999 [1949]. *El segundo sexo*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- EngenderHealth. 2002. *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. Nueva York.
- Gutmann, Matthew. 2000. *Ser hombre de verdad en la ciudad de México: Ni macho ni mandilón*. México, D.F.: El Colegio de México.

- Parker, Richard; Barbosa, Regina Maria & Aggleton, Peter. 2000. "Framing the Sexual Subject". En Parker, Richard; Barbosa, Regina Maria & Aggleton, Peter (Comps). *Framing the Sexual Subject: The Politics of Gender, Sexuality, and Power*. pp. 1-25. Berkeley: University of California Press.
- Rapp, Rayna. 2000. *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- Sapolsky, Robert M. 1997. *The Trouble with Testosterone: And Other Essays on the Biology of the Human Predicament*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Scheper-Hughes, Nancy & Lock, Margaret. 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1):6-41.
- Viveros Vigoya, Mara. 2002. *De quebradores y cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.