

Pecheny, M. et al., 2012, Ligadura y vasectomía: obstáculos para su accesibilidad, en *Salud, Sociedad y Derechos*, Kornblit, Camarotti, Wald (comp.), Editorial Teseo, Bs. As. Argentina. Págs. 315-338.

<https://www.teseopress.com/saludsociedadyderechos/chapter/ligadura-y-vasectomia-obstaculos-para-su-accesibilidad/>

Ana Lía Kornblit, Ana Clara Camarotti y Gabriela Wald (compiladoras)

## **Ligadura y vasectomía: obstáculos para su accesibilidad**

**MARIO PECHENY, ANA MARÍA ANDÍA, ALEJANDRO CA-PRIATI Y SILVIA MARIO, JUNTO CON LEANDRO LUCIANI CONDE, GABRIELA PERROTTA, JOSEFINA BROWN, CECILIA TAMBURRINO E INÉS IBARLUCÍA**

### **Introducción**

Desde el año 2006, la Argentina cuenta con la Ley 26.130 sobre anticoncepción quirúrgica (AQ) (Petracci y Pecheny, 2007). Su aprobación fue crucial para facilitar el acceso a este método, pero subsisten obstáculos. Este texto sintetiza resultados de una investigación efectuada con apoyo del Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga (Pecheny et al., 2012), que tuvo por objetivo general conocer la accesibilidad a la salud sexual y reproductiva a partir de dos cuestiones emergentes: la accesibilidad de mujeres y varones a la ligadura de trompas y vasectomía, respectivamente, y la accesibilidad de mujeres lesbianas y bisexuales (no abordada en este capítulo). Con trabajo de campo realizado en 2010 en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y el Gran Mendoza, el diseño ha seguido un enfoque cualitativo, basado en entrevistas a usuarias y usuarios, así como a profesionales y referentes en estas áreas.

Los resultados muestran barreras específicas a la ligadura y a la vasectomía en relación con la incompleta o distorsionada aplicación de la ley nacional, el privilegio de determinados perfiles de mujeres (por ejemplo, multíparas, y/o con riesgo alto para la salud frente a un nuevo embarazo), la falta de orientación y consejería a potenciales usuarias y usuarios, la falta de integración de los servicios de urología con servicios y programas de salud sexual y reproductiva, la persistencia de valores de género rígidos que incluyen mitos relativos a la femineidad y a la virilidad, entre otras. Muchas de estas barreras derivan de *laheteronormatividad institucionalizada*, y la refuerzan. Por esta expresión entendemos al privilegio de la heterosexualidad reproductiva como parámetro

desde el cual definir y juzgar todas las formas de sexualidad. Tal normatividad, cristalizada en instituciones incluyendo las de salud, atribuye papeles esperables femeninos y masculinos, subordina las formas no heterosexuales o no exclusivamente heterosexuales al vínculo e identidad heterosexual y privilegia la (hetero) sexualidad reproductiva por encima de aquella que, por decisión de los sujetos, no lo es. La literatura ha mostrado cómo la heteronormatividad produce estigma, discriminación y violencia en torno a fenómenos muy diversos que tienen en común ratificar real y/o simbólicamente la separación entre sexualidad y reproducción, por ejemplo, la sexualidad homosexual (intrínsecamente no reproductiva) y el aborto inducido (destrucción voluntaria del resultado reproductivo de una relación sexual heterosexual) (Pecheny, 2001).

La AQ es experimentada como una esterilización, un método definitivo – tanto en la visión de mujeres y varones entrevistados, como en los hechos (habida cuenta de las grandes dificultades que existen para volver a tener hijos/as una vez que se ha efectuado una ligadura o una vasectomía)– y no tanto como un método permanente, o una “infertilización quirúrgica”, que son definiciones más adecuadas (Mas et al., 2005). Cerrarse a la posibilidad de procrear atenta contra las concepciones hegemónicas de la femineidad (toda mujer debe ser madre, o al menos quererlo) y la masculinidad (la eyacuación de espermatozoides como condición de la virilidad). La distribución social de tareas según género, que carga en las mujeres la responsabilidad anticonceptiva, ensombrece la idea de que el varón pueda asumir tal responsabilidad, mediante una vasectomía.

## **Antecedentes y regulación legal actual**

Aunque en su momento no estuviera dirigido a regular la AQ, la referencia al Código Penal de 1921 tiñó la accesibilidad a la misma una vez que se desarrollaron las técnicas para hacer ligaduras y vasectomías. El Código establece una pena a quien “cause la pérdida de la capacidad de engendrar o concebir”. A su vez, la Ley 17.132 de 1967, que regula el ejercicio de la medicina, establece en qué casos (“indicación terapéutica”) deja de ser punible dicha cirugía. Ratificada solo por una minoría de las provincias, la ley resultó, sin embargo, de aplicación en todo el país a falta de otra normativa. No obstante esas leyes, desde hacía décadas en el país se realizaban ligaduras y, en menor medida, vasectomías, con diferencias según subsector del sistema de salud que resultaban en un doble estándar de accesibilidad. En el subsector privado se practicaban ligaduras mediante pago de honorarios y gastos, particularmente en ocasión de una cesárea. En el subsector público, sin ser fácilmente accesibles, se realizaban como situación de excepción en una cesárea, con o sin pago informal

al profesional, y a menudo sin registro en la historia clínica. Respecto de las Obras Sociales Nacionales, la ligadura forma parte del nomenclador desde los ochenta, pero no se tradujo en una oferta real a las afiliadas. En todos los subsectores muchos profesionales tenían temores o dudas acerca del marco legal en el cual podían realizarse. La vasectomía, por su parte, era poco demandada y poco practicada.

Desde inicios de los noventa, las provincias comenzaron a sancionar leyes de salud reproductiva; en 2002, se aprobó la ley nacional y el Ministerio de Salud publicó una *Guía* de métodos que incluye a la ligadura y la vasectomía (Ministerio de Salud de la Nación, 2002). La ambigüedad legal generada por las dispares lecturas del Código Penal y la mencionada ley de 1967 se terminó en 2006 con la Ley 26.130, que reconoce el derecho a acceder a ambas intervenciones en forma gratuita “para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente”, tanto en el subsistema público como en el de obras sociales y medicina prepaga. Si el médico tratante no realiza la práctica amparándose en la objeción de conciencia, la institución, pública o privada, debe disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata y brindar el servicio. El mismo año, la Resolución 755 de la Superintendencia de Servicios de Salud reguló el acceso para las entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Entre 2000 y 2005 ocho provincias dictaron sus propias normas y otras adhirieron a la ley nacional luego de 2006. Aunque la letra de las leyes es clara, algunos profesionales y funcionarios señalan zonas de indefinición sobre el estatus de la ley nacional y su aplicabilidad, automática o no, en las jurisdicciones provinciales, lo cual genera controversia. Las realidades varían según las jurisdicciones, efectores y equipos de salud involucrados (Petracci y Pecheny, 2007; CONDESA, 2009).

## **Algunos datos**

Dos fuentes proveen datos sobre la prevalencia de conocimiento y de uso de métodos de AQ: 1) la *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*(ENNyS) de 2005 contenía un módulo sobre salud reproductiva que fue administrado a una muestra de la población de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) residentes en localidades de 5000 y más habitantes (Pantelides, Binstock y Mario, 2007); y 2) la *Encuesta sobre Anticoncepción de Emergencia* (ACE) de 2007, que fue administrada a una muestra 1219 casos de la población de 15 a 50 años de edad, de ambos sexos, representativa de la población de esas edades residente en las localidades mayores a 300.000 habitantes. La muestra fue autoponderada (Pecheny, Andía et al., 2010). En la ENNyS es bajo el porcentaje de mujeres y de varones que mencionan la ligadura tubaria (10%) o la vasectomía (2%) entre los métodos anticonceptivos que conocen. También es bajo el porcentaje de

usuarias: 7,9% de las que usaban métodos anticonceptivos tenían ligadura. La *Encuesta ACE 2007*, posterior a la Ley 26.130, reveló porcentajes de conocimiento algo superiores (entre 10 y 20%) y solo el 2,2% dijo estar utilizando AQ.

## **Descripción del estudio cualitativo**

A partir de una definición muestral, según criterios teóricos y de factibilidad, las personas entrevistadas fueron contactadas en Ciudad de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y Gran Mendoza. Se entrevistaron: a) 26 mujeres con ligadura (de 25 a 58 años, muestra heterogénea en cuanto a nivel de instrucción y socio-económico; un caso sin hijos, el resto entre dos y ocho hijos) a las que se suman otras tres que procuraron una ligadura pero no la consiguieron; b) 25 varones que se hicieron vasectomía (de 32 a 53 años; que tienen entre dos y siete hijos; por cuestiones de factibilidad y peso relativo, la gran mayoría residen en la provincia de Mendoza) a los que se suman dos varones que habían iniciado los trámites para realizarse la vasectomía pero los dejaron en suspenso; y c) 17 profesionales y 6 referentes o funcionarios vinculados con servicios de salud sexual y reproductiva, y de urología. Estas entrevistas no se analizarán en este artículo, sino en referencia a las entrevistas a mujeres y varones usuarios.

## **Las mujeres y el acceso a la ligadura**

El rango de edad de las mujeres de la muestra al momento de la ligadura va de 25 a 45 años. Típicamente, las mujeres que se realizaron una ligadura están en pareja y tienen dos o más hijos (entre dos y ocho). Las mujeres entrevistadas se realizaron una ligadura en dos escenarios legales distintos: antes o después de la Ley 26.130 de 2006.<sup>14</sup> Los ocho casos en que la ligadura fue realizada antes de 2006 son mujeres de mayor edad, tienen un nivel de instrucción superior al resto de las entrevistadas, residen en el AMBA y realizaron el procedimiento en ocasión de una cesárea en un efector privado. La ausencia de mujeres con menor nivel de instrucción con ligadura realizada antes de la sanción de la ley es coherente con lo mencionado por algunos profesionales y referentes entrevistados: el doble estándar de acceso entre el subsector privado y los otros subsectores del sistema de salud puede explicarse por tres circunstancias. La primera es que las mujeres con menor nivel de instrucción no sabían de la existencia de la ligadura; la segunda sugiere que las mujeres, a pesar de su baja escolarización, estaban al tanto del método, pero la distancia social y cultural con el personal médico constituyó una barrera para plantear la opción y/o para concretarla; la tercera refiere a mujeres que, aun contando con el conocimiento y la firme decisión de realizarse una ligadura, no pudieron afrontar los gastos de la misma. La mayoría de las mujeres entrevistadas (los restantes 18 casos) se

realizaron la ligadura luego del 2006; la mitad por medio de una cirugía programada por laparotomía y la otra mitad en una cesárea. La mayoría tuvo lugar en un hospital público.

Las entrevistadas conocen y han utilizado los métodos más usuales: píldoras, DIU y preservativos. Todas tuvieron algún inconveniente que las hizo discontinuar el uso, por iniciativa propia y/o por sugerencia profesional. Sobre todo las mujeres con mayor número de hijos (y mayor al número que inicialmente consideraban conveniente) manifiestan haber utilizado distintos métodos, alternando con períodos donde no se cuidaban. También aparecieron concepciones erradas –“mitos”, como los llaman algunas profesionales– sobre los métodos. Si bien las mujeres conversan con sus parejas respecto de los métodos, en la práctica son solo ellas quienes buscan información, acuden al médico en busca del método y se responsabilizan de su uso. Existe, pues, una brecha entre conversar y hacerse cargo.

Antes de 2006, la información disponible sobre ligadura, aun escasa, era mayor que las posibilidades concretas de acceso. A partir de la ley, se acelera la difusión de la AQ (no así de los derechos contenidos en la ley) a través de charlas entre mujeres, indicaciones médicas, noticias en medios de comunicación e internet.

Las fuentes de información privilegiadas son los profesionales de salud. En ocasiones, la solicitud de la ligadura proviene de las propias mujeres, que acuden a su ginecólogo u obstetra ya con algún grado de información y con la decisión prácticamente tomada. Un recorrido típico se inicia en el período que transcurre entre el nacimiento del último hijo y la noticia de un nuevo embarazo, planificado o no. Los modos de llegar a la ligadura se relacionan con las trayectorias anticonceptivas previas. Un primer tipo de trayectoria refiere a mujeres que a lo largo de su vida han dedicado atención y han sido asesoradas sobre los diversos métodos, con mayor o menor éxito. Estas mujeres reflexionan y planifican el tamaño “ideal” de familia. Una vez alcanzado el número deseado de hijos, la ligadura representa para ellas la posibilidad de tener relaciones sexuales sin preocuparse por un nuevo embarazo. Un segundo tipo de trayectoria refiere a mujeres que le han otorgado menor atención a los cuidados anticonceptivos, con mayor frecuencia de experiencias fallidas en el uso de métodos, y menor o nula planificación del número y espaciamiento de los hijos. Las indicaciones médicas solo en algunos casos constituyen razones de peso para decidir una ligadura. Se trata de situaciones de serio riesgo de salud ante un nuevo embarazo, y hay diversos modos en que las mujeres y las parejas se apropian de la información médica para tomar sus propias decisiones. Evitar hijos, pero también evitar embarazos, cesáreas y partos son motivos que pueden o no ir juntos.

Independientemente de la trayectoria anticonceptiva, la intención elemental para realizarse una ligadura es no tener más hijos, manteniendo una vida sexualmente activa. Todas las entrevistadas han mencionado elegir la ligadura por la alta eficacia del método, la seguridad de evitar futuros embarazos y la comodidad que implica versus otros métodos. Para algunas mujeres de estratos socioeconómicos más bajos, en particular, la decisión de ligarse deviene de las restricciones económicas y prácticas que deberían enfrentar para mantener un nuevo hijo. Para otras, la decisión de la ligadura está relacionada con problemas de salud. Y, en otro orden, la decisión de la ligadura implica para muchas terminar la etapa de la vida vinculada a la crianza y empezar o retomar otros proyectos personales, relativos al estudio o al trabajo.

Casi todas las mujeres conversaron con su pareja acerca de la decisión. Los varones estuvieron tácita o explícitamente de acuerdo, apoyaron, acompañaron y alguno hasta firmó el consentimiento informado. Las de mayor edad y/o de mejor nivel socioeconómico manifestaron que en sus casos fue una decisión compartida, pero entre las más jóvenes y/o de estratos bajos, la iniciativa y decisión fueron individuales. Una sola mujer, con ocho hijos, relató la oposición violenta de su pareja, de la cual se separó. Unas pocas entrevistadas habían hablado con su compañero sobre la alternativa de que él se hiciera una vasectomía.

El recorrido típico se inicia durante la consulta en el centro de salud o en el hospital público con su ginecólogo u obstetra, donde la mujer solicita o se le sugiere realizarse una ligadura, recibiendo en esa ocasión un primer asesoramiento. En algunos casos, el asesoramiento no es solo médico e incluye la intervención de otros profesionales. La mujer debe firmar el consentimiento informado, a veces requerir informes de diversos profesionales, y luego hacerse los estudios pre-quirúrgicos. Durante las sucesivas consultas, las mujeres pueden exponer sus motivos, reflexionar sobre su decisión, informarse más sobre el método y las consecuencias para su vida reproductiva y su salud en general. Pero también sienten que los tiempos se dilatan y que el proceso se torna largo. Si la decisión se toma cuando la mujer está embarazada y ya se sabe que será un parto por cesárea, se realizan los trámites durante el embarazo y el proceso demanda poco tiempo. La información recibida, cuando la han tenido, fue bien valorada por las entrevistadas, quienes dijeron no haberse sentido presionadas cuando se les ofreció o indicó la ligadura, aun cuando las descripciones de algunas situaciones muestran que el tiempo de decisión a veces fue muy perentorio y con poco espacio para la reflexión (por ejemplo, ya cerca del parto). Sí relataron planteos de los profesionales de la salud para disuadir la práctica de la ligadura, por ejemplo, un médico que evoca la eventual ruptura de la pareja o el escenario hipotético del fallecimiento de un hijo, como si la pérdida de un hijo pudiese ser recuperada por el nacimiento de otro.

Casi todas las entrevistadas del AMBA se realizaron la ligadura a través de sus obras sociales y pagaron por ella, tanto quienes lo hicieron antes de la sanción de la ley como después; en algún caso bajo protesta y/o negociación del monto. Siempre les informaron de los honorarios diferenciales y, en los casos posteriores a la ley, las mujeres firmaron un consentimiento informado pero no les exigieron consultas psicológicas o con asistentes sociales; en ocasiones, el médico habló con el marido para indagar si estaba de acuerdo.<sup>[2]</sup>

Sintetizando los relatos, encontramos, por un lado, obstáculos objetivos que refieren a las instituciones y circuitos de atención, pautados a su vez por las respuestas y actitudes de las y los profesionales de salud. Las entrevistadas que se realizaron la ligadura antes de 2006 lo hicieron en ocasión de una cesárea en un efector privado, es decir que contaban con el dinero para afrontar los gastos de la intervención; estas intervenciones se acordaban entre las partes en términos informales. En la muestra, ninguna mujer de bajo nivel educativo accedió a una ligadura antes de 2006, por falta de conocimiento y/o de recursos. Las prácticas officiosas que permitían a algunas mujeres sortear obstáculos demandaban redes de contactos y de confianza con los profesionales; y/o perseverancia y capital cultural y de relaciones, con los que no todas contaban. No se han registrado circuitos officiosos y clandestinos para ligadura como sí se mencionan para la realización de abortos. Las mujeres que “no consiguieron profesional” tuvieron que esperar a la modificación del marco legal. La ley posibilitó que la mayoría de los servicios de salud establecieran un circuito de trámites y consultas que las mujeres pudieran realizar cuando quisieran o necesitaran acceder a la ligadura. El pedido se institucionaliza y se le da curso, a veces incluso en contra del parecer del médico tratante. Aun de manera incipiente, estos cambios implican un pasaje de las prácticas officiosas a la habilitación al ejercicio de derechos.

El “buen asesoramiento”, cuando el equipo de salud brinda la información relativa a la intervención para que las personas puedan tomar sus propias decisiones, acompaña y orienta a las mujeres acerca de los cursos a seguir. En otro conjunto de casos, el criterio discrecional y la hostilidad de los profesionales durante el asesoramiento es una poderosa barrera que las mujeres enfrentan al solicitar una ligadura. La juventud, en su doble connotación de inmadurez y de precocidad en la fase reproductiva de la vida, el número no “excesivo” de hijos, y la eventualidad de una nueva pareja con quien sí se quiera tener (más) hijos son los principales argumentos de los profesionales para disuadir a las mujeres que buscan realizarse una ligadura. Pareciera, a fin de cuentas, que en algunos casos los derechos quedarán fuera de la sala de consulta. Estos planteos –señalan algunas mujeres, y estamos de acuerdo– exceden las atribuciones del asesoramiento médico y se configuran en escenas de clara violencia simbólica.

Por otro lado, los obstáculos subjetivos agrupan las percepciones, valoraciones y experiencias de las mujeres y de sus parejas. Un obstáculo pasa por la anticipación de la negativa: las mujeres que no conocen los cambios legislativos y que tienen ya experiencia de falta de respuestas a sus requerimientos en el sistema de salud, presuponen que no contarán con el apoyo del personal médico ante sus demandas en materia de anticoncepción en general y de AQ en particular. La mujer se autoexcluye anticipándose a la acción discriminatoria y a veces violenta. La presunción actúa como una profecía autocumplida. A pesar de querer operarse, no lo plantean a sus médicos porque creen que estos invocarán los argumentos de la edad o la posibilidad futura de querer (más) hijos para negarles la práctica. Otras entrevistadas dijeron no haberse animado antes a solicitar una ligadura, pero pidieron la intervención a partir de enterarse de la sanción de la nueva ley. Este es un caso de apropiación subjetiva de derechos, es decir, de uso práctico de un derecho reconocido formalmente por la legislación pero que no siempre se da, ya sea por ignorancia o por falta de recursos materiales y/o simbólicos. También aparecieron como obstáculos los temores a la intervención quirúrgica y a consecuencias en la propia salud, a partir de información parcial o errónea.

Las mujeres entrevistadas dicen estar hoy satisfechas con la decisión tomada. Algunas dan cuenta de transformaciones positivas en cuanto a sus relaciones sexuales (“sentirse más relajada”, “estar más tranquila”) o hacen una evaluación retrospectiva sobre anticoncepción y vida sexual: manifiestan que antes de la ligadura sus relaciones sexuales estaban afectadas negativamente por la eventualidad de un embarazo no buscado. Algunas señalan que sus relaciones han mejorado debido a que sus parejas se sienten mejor sin tener que utilizar preservativo.

## **Los varones y el acceso a la vasectomía**

Para algunos varones que siempre estuvieron involucrados en los cuidados anticonceptivos junto a su pareja, la vasectomía es un paso más: *“fue el último escalón de la historia”*. En cambio, para otros, que se habían desentendido de los asuntos anticonceptivos hasta ese momento, la vasectomía es la primera oportunidad en la cual asumen sus responsabilidades en dicha materia.

La muestra está conformada por veintisiete varones y el proceso de obtención de los casos fue tanto a través de registros hospitalarios como de la técnica “bola de nieve”. Respecto del lugar de residencia, la muestra presenta un sesgo: solo tres de los entrevistados no viven en Mendoza (provincia pionera en impulsar la vasectomía, sobre todo en el marco de la obra social provincial). Con respecto a la edad de los entrevistados al momento de la cirugía, el rango va de los 29 a los 49 años. Dos de los entrevistados habían iniciado los trámites pero



decidieron dejarlos en suspenso. Solo dos accedieron a la vasectomía antes de la ley de 2006.

Resumiendo, es posible identificar características típicas de estos varones: conviven con una pareja estable; ya tienen hijos<sup>Sai</sup>; mantienen relaciones sexuales heterosexuales; manifiestan disconformidad con los métodos anticonceptivos que han usado. Asimismo, otros elementos son compartidos por muchos de ellos: experiencia de al menos un embarazo no planificado; experiencias traumáticas de la pareja actual en embarazos y/o partos (padecimientos físicos, sufrimiento psíquico y/o abortos espontáneos); la pareja actual tiene riesgos de salud ante un nuevo embarazo o parto.

Los entrevistados se hicieron la vasectomía para no tener más hijos y vivir su vida sexual libre de cuidados anticonceptivos, considerando terminada su fase reproductiva. Algunos manifestaron otras causas o razones suplementarias: recomendación médica debido a los riesgos para la salud de la mujer ante un nuevo embarazo, historias de embarazos marcados por complicaciones, dolores y pérdidas, y/o abortos traumáticos y disconformidad, malestares e incomodidad con otros métodos anticonceptivos.

Las experiencias reproductivas y anticonceptivas de los varones pueden reconstruirse en dos grupos: el primero está constituido por aquellas parejas que han padecido inconvenientes como embarazos no planificados, y el segundo refiere a trastornos menores como malestares y disconformidades con los métodos anticonceptivos empleados, sobre todo el preservativo. Las trayectorias anticonceptivas de los varones vasectomizados pueden agruparse en dos categorías extremas: “cadena de sustos” y “planificación permanente”, con casos intermedios. La primera describe una vida sexual en la cual el uso de métodos anticonceptivos no constituye un asunto prioritario y, por lo tanto, con exposición a dudas, miedos, e incluso embarazos no planificados. En estos casos, los varones no se responsabilizan de los cuidados anticonceptivos: “falta de conciencia”, “falta de madurez” son las expresiones utilizadas por los entrevistados. La segunda categoría, “planificación permanente”, da cuenta del caso de parejas que, con mayor o menor compromiso de los varones, se asesoran acerca del mejor modo de evitar un embarazo y que planifican el momento en el cual desean tener un hijo. También hay casos en que, luego de sucesivos sustos que pueden haberse materializado en nacimientos de hijos no planificados, se asumen conductas de mayor cuidado anticonceptivo. Como se dijo, en un conjunto particular de casos, las parejas mujeres han tenido experiencias obstétricas marcadas por complicaciones y riesgos durante el embarazo y el parto, y/o abortos espontáneos, y los varones quieren evitarles a ellas una nueva situación crítica.

La información recibida refiere a un conjunto heterogéneo de fuentes: información en la revista mensual de la obra social (OSEP de Mendoza); en

diarios masivos y/o en la televisión; charlas informales con médicos conocidos, no necesariamente urólogos; comentarios de terceros vasectomizados (amigos, compañeros de trabajo, familiares).<sup>[4]</sup> Quienes se decidieron por la vasectomía, lo hicieron al recibir información que deja en claro que se trata de un método anticonceptivo seguro y eficaz, que la operación es sencilla, que no tiene consecuencias para la vida sexual y que el acceso es fácil y gratuito. Otro grupo de entrevistados ya contaba con información acerca de la vasectomía y esperaba que se transformara en una elección accesible en el país. En casos aislados, las parejas mujeres se enteraron de la posibilidad de realizar una vasectomía a partir de información recibida en una consulta para acceder a una ligadura tubaria. Estos casos excepcionales ponen de manifiesto la deseabilidad de articular entre los servicios de ginecología y urología en lo que se refiere al asesoramiento anticonceptivo, y son la contracara de las experiencias más comunes en las cuales las parejas que solicitan la realización de una ligadura tubaria y acogen una respuesta negativa, no reciben ninguna información acerca de la vasectomía como alternativa anticonceptiva.

Las circunstancias en las cuales la vasectomía comienza a ser evaluada como una opción personal y/o de la pareja son: o bien, luego de un embarazo no planificado, o bien, luego de un embarazo de riesgo y traumático. Hay diferencias en el tiempo que media entre el nacimiento del último hijo y la decisión de operarse: mientras en un conjunto de casos se realiza la vasectomía uno o dos años después del nacimiento del último hijo, en otros casos la intervención tuvo lugar hasta ocho años después del último embarazo. En este último caso la cirugía suele aparecer como una alternativa al método anticonceptivo que se está usando y que se hace necesario discontinuar.

La vasectomía se convierte en una opción concreta ante una situación dilemática que los varones y sus parejas deben resolver: cuando, por diversos motivos (falla del método, disconformidad con el preservativo, necesidad de retirar el DIU, intolerancia a las pastillas), los métodos anticonceptivos de uso corriente o los modos “tradicionales” de evitar un embarazo dejan de considerarse una opción. Suele coincidir con una decisión masculina de hacerse cargo: “ahora, me toca a mí”; poner el cuerpo es “un acto de amor”. En un sentido más amplio, el principal desafío para los varones es reestructurar la pareja de modo más igualitario en términos de género. Para varios de ellos, la novedad es dejar de desentenderse de los cuidados anticonceptivos y comenzar a hacerse cargo de su capacidad reproductiva. Respetar los papeles o guiones de género esperados constituye un obstáculo para un conjunto mayoritario de varones en lo que refiere a la circulación de información y de experiencias entre varones. La reticencia de los varones a conversar acerca de métodos anticonceptivos, y en particular sobre la vasectomía, es un impedimento para que otros tomen nota de la existencia de esta alternativa.

Ninguno dijo haberse sentido presionado por la pareja o por los profesionales de la salud para realizarse la intervención. Interpretan las consultas como una manera en que los profesionales se cercioran de que su paciente está seguro e informado acerca de las consecuencias. Por parte de ellos, hay dos grandes dudas o temores: acerca de la intervención quirúrgica en sí y acerca de la futura performance sexual. En este caso, la preocupación es por la futura sexualidad, no por la futura reproducción o no-reproducción (es más, el carácter permanente de la vasectomía es algo considerado positivo, es la razón de su elección). Para resolver inquietudes, cuando hay una voluntad más o menos firme de realizarse la vasectomía, buscan información en la consulta médica, páginas de internet, folletos o revistas médicas y, lo que pareció central en los relatos, en charlas con otros varones vasectomizados. En algunos casos, se consideró primero la opción por la ligadura tubaria en la mujer y, por razones diversas, esta opción se descartó. Solo en escasas ocasiones la recomendación de la vasectomía provino de la consulta realizada por la mujer o la pareja; en la mayor parte de los casos la idea surgió por otras vías.

La mayoría de los entrevistados se hizo la operación vía su obra social y algunos pocos en hospitales públicos. En todos los casos de Mendoza, la operación fue gratuita y en el hospital de la obra social. En los tres casos restantes, antes de 2006 y aun hoy en consultorios privados, se registró la modalidad de “pasar la operación como varicocele” y así la obra social o prepaga la cubría; a veces con honorarios suplementarios pagados al profesional.

Completadas las entrevistas previas, el proceso se desarrolla en forma ágil: se fija la fecha de la cirugía para una o dos semanas después y en ese intervalo se realizan los estudios pre-quirúrgicos de rutina (exámenes de laboratorio y electrocardiograma). A veces se señalan postergaciones ligadas a la disponibilidad de quirófano. Luego de la cirugía, los varones operados deben concurrir a un control pos-quirúrgico y son dados de alta con el resultado del espermograma y de los estudios de anatomía patológica que confirman que el material extraído corresponde a los conductos deferentes. Estos informes son los que van a dar la certeza de la imposibilidad de fecundar y habilitar el abandono del preservativo o método anticonceptivo que estuvieran usando.

La opinión generalizada de todos los varones vasectomizados es que luego de la vasectomía no experimentaron cambios personales negativos. Hablan de la misma como una experiencia positiva y confirman que volverían a tomar la misma decisión; algunos, incluso, dicen que, de haber sido posible, lo habrían hecho antes. Retrospectivamente, es probable que muchos de los varones entrevistados y sus parejas hayan tenido una trayectoria sexual y anticonceptiva “intranquila” respecto de los embarazos no buscados: como si la anticoncepción de uso regular no les garantizara suficiente tranquilidad para las relaciones sexuales. Los pocos entrevistados luego divorciados y/o con relaciones

extramatrimoniales señalaron el uso del preservativo con parejas ocasionales y con parejas estables a las que no se les había confiado aún la vasectomía. Quienes siguen con la misma pareja no usan.

Algunos socializaron información sobre su cirugía, tanto antes como después de operarse. Otros primero prefirieron conversarlo solo con la pareja y personas muy cercanas como los hijos mayores o un sacerdote, pero luego de la cirugía sí lo han compartido con familiares, amigos y compañeros de trabajo, incluso para recomendar el método. Un tercer grupo, el de los varones que se autodefinen como más reservados, lo conversaron únicamente con la pareja. Más allá de estas diferencias, en ningún caso la vasectomía aparece ligada a estigmas o tabúes en el discurso de los entrevistados.<sup>[5]</sup> Con respecto a las opiniones de quienes forman parte del universo masculino de interacción, se identifican bromas, de diverso calibre, vinculadas a la performance sexual, a la “nueva libertad” del varón operado o a la posibilidad de aparición de un embarazo en la pareja. Algunos allegados del mundo masculino los califican de “locos” o “mártires” por la decisión que han tomado. Unos pocos varones del entorno, en un diálogo más privado, se acercan a preguntar “en serio”, interesados en la posibilidad de someterse ellos mismos a una vasectomía. En cuanto a la posibilidad de recomendar a otras personas la vasectomía, algunos de los varones operados lo han hecho reiteradamente y con gran convicción. Otros, con mayor prudencia, están dispuestos a brindar información solo si otros varones les consultan, pero consideran que es una decisión muy personal.

Es necesario no sobreestimar los obstáculos ligados a concepciones masculinas machistas y tradicionales, existentes por cierto en un tipo de masculinidad, en lo que se refiere a la elección de la vasectomía como método anticonceptivo. Los varones entrevistados dan cuenta de masculinidades ancladas tanto en parámetros tradicionales como otras que se están configurando en tramas más igualitarias. El principal obstáculo que enfrentan los varones remite a restricciones relativas a la accesibilidad; específicamente, acceso a la información sobre la existencia y características de dicho método, a espacios de consejería en salud reproductiva para poder evaluar dicha opción, a servicios de salud para poder realizar la intervención quirúrgica. Uno de los facilitadores subjetivos es que la vasectomía no genera cambios de ánimo o malestares físicos y, sobre todo, libera las relaciones sexuales de la incomodidad del uso del preservativo o de otros cuidados. Sobre esto podrían insistir las campañas de promoción de la AQ en varones.

## **Recapitulando: la ley ayuda, pero no es todo**

La AQ pone en tensión la idea de sexualidad hegemónica, al menos aquella que legitima la sexualidad en la medida en que está vinculada con la procreación.

Este tipo de anticoncepción implica aceptar aquellos proyectos de vida y aquellas situaciones no elegidas (como los riesgos para la salud que, en ciertos casos, puede representar un embarazo) que llevan a vivir una vida sexualmente activa pero, en principio, permanentemente cerrada a la posibilidad de tener (más) hijos. Como otros temas de la agenda de la salud pública y de los derechos humanos, este también forma parte del proceso civilizatorio que viene haciendo tiempo separando, como esferas relacionadas pero autónomas, la reproducción de la sexualidad.

Reproducción (y no-reproducción) y sexualidad tienen valores propios e intrínsecos para los proyectos de felicidad individuales y colectivos. El acceso a la AQ, para aquellas mujeres, aquellos varones y aquellas parejas que lo deseen y/o lo necesiten, es un importante instrumento que la técnica anticonceptiva moderna brinda y que por diversos procesos subjetivos y objetivos no ha estado garantizado para el conjunto de la población argentina en edad reproductiva.

La presente investigación ofrece evidencias suficientes para sostener la necesidad de profundizar la educación continua en salud sexual y reproductiva para que las personas, informadas y conscientes de sus derechos, tengan la capacidad de llevar adelante prácticas de cuidado para sí y sus parejas, no solo en materia anticonceptiva y reproductiva, sino también en la vida sexual y afectiva; reconocer, y eventualmente modificar, en la atención en salud las prácticas paternalistas (que a menudo vulneran la autonomía de las personas acerca de la decisión y el momento indicado para someterse a la AQ), como así también los comportamientos inscriptos en lógicas heteronormativas reproductivas.

Diversas situaciones de salud o experiencias particulares motivan a mujeres, varones y parejas a demandar métodos de anticoncepción permanentes y seguros como la ligadura de trompas o la vasectomía. En esos casos, factores directos e indirectos facilitan u obstaculizan el acceso de la población a tales métodos. Estos factores subjetivos y objetivos refieren a las usuarias y los usuarios, así como a los servicios y profesionales de salud: conocimientos, valores y prejuicios, protocolos de atención, circuitos, recursos e intereses. Algunos factores comunes, bien documentados, operan para facilitar o dificultar el acceso al conjunto de métodos anticonceptivos, y hay otros específicos en relación con la AQ: su carácter permanente, o irreversible, el corte más definitivo con los proyectos de procreación, las implicancias quirúrgicas del método, el *timing* de la decisión (por ejemplo, en vistas a un parto con cesárea), etcétera. La AQ genera dilemas específicos que ponen en tensión de una manera específica las imágenes de género, de la femineidad y de la masculinidad, y la vinculación entre sexualidad y procreación, que involucra cuestiones personales, subjetivas y sociales en relación con la autonomía de las personas, con sus cuerpos, sus sexualidades y su reproducción. El estudio documenta los

factores que obstaculizan o facilitan el acceso a la AQ. Estos no dependen solamente de criterios técnico-médicos, de costos, asistenciales o informativos, sino que, como la mayor parte de las cuestiones ligadas a la sexualidad, el cuerpo y la reproducción, la AQ involucra concepciones políticas, éticas, culturales, legales, sociales, religiosas, y culturas profesionales. Esos condicionantes operan en el ámbito de la consulta, los servicios y las políticas públicas, favoreciendo u obstaculizando su indicación y/o demanda.

Uno de los factores objetivos o institucionales que representaba un obstáculo infranqueable para muchas mujeres ha sido resuelto a partir de la sanción de la Ley Nacional 26.130 en 2006. No obstante, continúan operando factores institucionales (sean de índole política, moral e incluso confesional) que generan barreras más o menos visibles al acceso a la ligadura tubaria. Por otro lado, una barrera subjetiva que las mujeres enfrentan, principalmente aquellas que no tienen conocimiento acerca de los cambios legislativos respecto de sus derechos reproductivos, tiene que ver con la presunción o anticipación de que no contarán con el apoyo del personal médico. La anticipación es un modo muy particular de exclusión al ejercicio de derechos y muy eficaz: a la persona no le es efectivamente negado un derecho, sino que esta se auto-excluye anticipándose a la acción discriminatoria, con un fuerte componente de violencia simbólica. Esta barrera subjetiva, si bien hoy no debería seguir existiendo debido a los avances en materia de derechos, actúa todavía como un obstáculo atendiendo al hecho de que el acceso al conocimiento de los derechos que las asisten y de los requisitos que se exigen para acceder a la AQ no es tan extendido. Las mujeres que se realizaron la ligadura con posterioridad a la sanción de la ley igualmente debieron enfrentar cuestionamientos referidos a la edad, a la cantidad de hijos y a la posibilidad de formar nuevas parejas; cuestionamientos que funcionan bajo una lógica paternalista, restringiendo el proceso de toma de decisión por parte de las mujeres. La sanción de la ley significa un avance notable pero no garantiza automáticamente el ejercicio de derechos, menos aun si los profesionales continúan trabajando como si poco o nada hubiera cambiado y si las mujeres no tienen la oportunidad de conocer sus derechos y los recursos disponibles.

Los obstáculos subjetivos para gran parte de los varones entrevistados refieren, en primera instancia, a los miedos y temores asociados a la *performance* sexual post-cirugía. Sin embargo, estos miedos, al igual que el temor a la intervención quirúrgica, son despejados en el proceso de averiguación y consulta. El principal obstáculo para los varones es modificar las relaciones de género en el marco de la pareja y hacerse cargo de la regulación de su capacidad reproductiva. Frases como “poner el cuerpo” o “ahora me toca a mí” dan cuenta de estas mutaciones en lo que refiere a los patrones de género masculinos dominantes. Con respecto a los obstáculos objetivos o

institucionales, la legalización y gratuidad constituyen dos aspectos facilitadores para que las personas evalúen y, eventualmente, accedan a una vasectomía.

## Referencias bibliográficas

CONDERS (2009) *Monitoreo sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina. Informe Nacional 2009*, Buenos Aires, CONDERS.

Mas, M., Barbato, W. R. y Charalambopoulos, J. (2005) “Anticoncepción quirúrgica voluntaria”, Barbato, W. R. y Charalambopoulos J., *Tratado de Anticoncepción*, Rosario, Corpus, pp. 289-309.

Ministerio de Salud de la Nación (2002) *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

Pantelides, E. A., Binstock, G. y Mario, S. (2007) *La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005: Resultados de la Encuesta nacional de nutrición y salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

Pecheny, M. (2001) *La construction de l'avortement et du sida en tant que questions politiques: le cas de l'Argentine*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion.

Pecheny, M., Andía, A. M., Ariza, L., Brown, J., Epele, M., Luciani Condi, L., Mario, S., y Tamburrino, C. (2010) *Anticoncepción después de... Barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina*, Buenos Aires, Teseo-UNFPA-MSAL.

Pecheny, M., Tamburrino, C., Mario, S., Luciani Conde, L., Capriati, A., Brown, J. y Andía, A. M. (2012) *Barreras de accesibilidad en salud sexual y procreación responsable: problemas emergentes*, Manuscrito no publicado. Instituto Gino Germani-Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Petracci, M. y Pecheny, M. (2007) *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*, Buenos Aires, CLAM-CEDES.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2010) *Comunicado del PNSSyPR a Referentes Provinciales y Efectores del Sistema de Salud*.

Siede, L. (2009) *Proceso de decisión en mujeres que solicitan ligaduras de trompas con el objeto de no tener más hijos: casos presentados en hospitales de la provincia de Buenos Aires*, Tesis de Maestría no publicada, FLACSO, Argentina.

---

1. En algunas jurisdicciones, como Mendoza en 2000 y Ciudad de Buenos Aires en 2003, sendas resoluciones habían habilitado la realización de ligaduras en casos de riesgo para la salud de la mujer.<sup>4</sup>
2. Una de las entrevistadas, cuando se enteró que la ligadura estaba disponible para todas las mujeres, fue a averiguar a distintos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. No obtuvo la respuesta esperada y terminó realizando la ligadura a través de la obra social de su padre.<sup>4</sup>
3. Ninguno de los varones entrevistados se realizó una vasectomía estando soltero y sin hijos; todos los entrevistados tenían dos o más hijos.<sup>4</sup>
4. En la instalación de la anticoncepción quirúrgica masculina en el espacio público mendocino fue decisivo el impacto que generó en los varones que luego se operaron la exposición pública del Director de OSEP, quien fuera el primero en realizarse la vasectomía en el Hospital El Carmen de esa obra social, y en contar su experiencia en medios locales.<sup>4</sup>
5. Quizás la ausencia de tabúes o estigmas en torno a la vasectomía se deba en parte a la naturaleza de nuestra muestra, es decir, a que se trata de varones que se han vasectomizado.