

UNA DECISIÓN “DISTRIBUIDA”: ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA “DECISIÓN DE LA MUJER” COSTARRICENSE DE ESTERILIZARSE.

Desde que la esterilización fue introducida en Costa Rica a principios de los años 40¹, su uso se ha incrementado, desde 6.1% de las mujeres del área metropolitana² (casadas o unidas entre 20 y 50 años) esterilizadas en 1964 (Gómez 1968: 115, cuadro 34)³, hasta 21% de las mujeres (casadas o unidas entre 15 y 44 años) del país, esterilizadas en 1999 (Chen Mok et al. 2001:56, cuadro 7). Este porcentaje se incrementa a 41 entre las mujeres de 40-44 años de edad (CCSS 1994:9-28, cuadro 9.14).

En contraposición a lo que cabría esperar, dado el creciente uso de ésta cirugía en el país y del legado de prácticas abusivas de control de la natalidad en América Latina, el “problema” con la esterilización en Costa ha sido concebido, por las mujeres, los médicos y la sociedad en general, *no* como la necesidad de controlar (disminuir) su uso, sino como la necesidad de ampliar el acceso a la misma al máximo. Ello se debe, en gran medida, a la historia “legal” de la esterilización en nuestro país, y a la forma particular en que la gran mayoría de las mujeres han ganado acceso a esta cirugía anticonceptiva.

1. Una breve historia legal de la esterilización en el país

A pesar del carácter popular de la esterilización en Costa Rica, y del hecho de que esta cirugía ha sido provista casi en su totalidad por el estado⁴, no es sino hasta julio de 1999, en que la esterilización con fines anticonceptivos se regula expresamente y permite en el país. No es sino hasta 1999, en que formalmente se instituye el derecho de la mujer costarricense mayor de edad a decidir la esterilización con fines anticonceptivos. Antes de dicho año, era la llamada esterilización terapéutica⁵, la única legalmente permitida⁶. La esterilización debía ser ofrecida sólo por motivos de salud, y eran los médicos los responsables de decidirla.

Ha sido la corporación médica la que, hasta 1999, se encargó de regular la práctica de la esterilización en Costa Rica, y lo hizo mediante regulaciones cada vez más específicas que, a nivel formal, restringieron, progresivamente, el acceso a esta cirugía. En un inicio, el que prevalecía era el criterio personal de cada médico tratante y/o jefe de servicio de los hospitales. No es de extrañar entonces, que los criterios para esterilizar variaran de un médico a otro, y de una institución a otra. Durante la década de los sesenta, había hospitales en los cuales una mujer tenía que tener un mínimo de siete hijos para ser operada, mientras que en otros, el mínimo requerido era cinco. Había instituciones que (oficialmente) del todo no realizaban esterilizaciones, y también médicos muy liberales en su uso. Pero lo que también contribuía a la gran variabilidad entre médicos e instituciones es que las fronteras entre lo terapéutico y lo contraceptivo eran, ya desde esa época y también en Costa Rica, borrosas⁷. La existencia de limitaciones/estipulaciones (formales e informales)⁸ referentes a la edad y número de hijos que una mujer debía tener para ser esterilizada, es clara indicación de que esta cirugía no se practicaba sólo en caso de vida o muerte. Es precisamente lo borroso del límite entre lo terapéutico y lo contraceptivo, materializado en el *riesgo obstétrico*, lo que posibilitó, hasta 1999, y a pesar del carácter crecientemente restrictivo de las regulaciones a este procedimiento quirúrgico, el uso generalizado de la esterilización en el país.

En 1969, el Colegio de Médicos y Cirujanos realizó el primer esfuerzo destinado a estandarizar la práctica de la esterilización. El Código de Moral Médica estipuló, en el inciso 10, parte III, “Deberes de los Médicos para con los Enfermos”, que “No se deberá esterilizar

a un hombre ni a una mujer sin una indicación médica específica”. En 1976, en respuesta a denuncias en los medios de comunicación sobre la existencia de una campaña masiva de esterilizaciones en el país, las cuales que dieron pie para que la Asamblea Legislativa montara una comisión investigadora al respecto⁹, el Colegio de Médicos y Cirujanos emitió sus propias regulaciones para la provisión de la esterilización, femenina y masculina. Dichas regulaciones listaban las patologías que podían justificar la realización de una esterilización¹⁰. También establecían la creación de comités hospitalarios a cargo de decidir los casos, y de un comité nacional a cargo de regular la práctica de la esterilización (Sandoval 1979:137-138). Estas regulaciones, que funcionaron bajo recomendación del gremio médico por casi 12 años, adquirieron en 1988, al ser firmadas por el Presidente de la República, el carácter de decreto presidencial. El decreto de esterilizaciones, como era conocido, reguló la práctica de la esterilización hasta 1999, año en que el control (formal) del gremio médico sobre la esterilización llegó a su fin.

No obstante el carácter progresivamente restrictivo de las regulaciones, del 21 % de mujeres esterilizadas en 1999 es fácil concluir, que no sólo la esterilización terapéutica se practicaba -- o en su defecto, que lo terapéutico ha sido entendido, en nuestro país, de una manera amplia.

La esterilización con fines contraceptivos era práctica cotidiana de los servicios públicos y privados de salud del país. Ello por cuanto, las regulaciones a dicho procedimiento, aun cuando formalmente restrictivas, no tenían por objetivo último limitar el acceso a la esterilización, sino todo lo contrario. Las justificantes de orden médico posibilitaron el acceso de miles de mujeres a la esterilización con fines contraceptivos. Aun cuando por vías tortuosas, contribuyeron a “democratizar” el uso de la esterilización en el país.

Quiero hacer referencia somera aquí, al Código Penal Costarricense, específicamente a su artículo 123, el cual castiga con 3 a 10 años de prisión aquellas lesiones que causen esterilidad. Este artículo, junto con el 129, el cual condona la pena cuando la lesión es realizada con el consentimiento de la persona y con el objetivo de preservar la salud, son personajes fundamentales de la novela de la esterilización en Costa Rica. Ambos han, en gran medida, delimitado la cancha de lo posible e imaginable con la esterilización. Es el miedo (o recurso al miedo) de los médicos a ser castigados por practicar esterilizaciones contraceptivas (artículo 123), y para todos aquellos interesados en ampliar su oferta (médicos incluidos), la posibilidad concreta que ofrece el enmarcarla como una herramienta de salud (artículo 129), la que ha generado la normativa existente hasta la fecha (inclusive el decreto de 1999¹¹). El recurso a la salud, en concepciones más restrictivas o más amplias, ha posibilitado y sigue posibilitando la distribución de la esterilización en el país¹².

1.1 Un acceso tortuoso

A pesar de que la gran mayoría de las esterilizaciones del país se han practicado en las instituciones de salud del estado, las mujeres que utilizan este tipo de servicio han estado, y continúan estando sujetas, a muchas más trabas en el acceso a esta cirugía. Es a las mujeres que atienden los servicios públicos de salud del país a las que se ha destinado la legislación. Por el contrario, en el ámbito de la práctica médica privada, la esterilización ha sido siempre una cuestión a decidirse entre la mujer, frecuentemente también su marido, y el médico, y las razones anticonceptivas, han adquirido progresivamente --si es que no lo tuvieron desde siempre-- un carácter legítimo.

En contraposición, en el ámbito de los servicios de salud ofrecidos por el estado, los motivos de orden meramente contraceptivo no han tenido cabida, por lo menos no a nivel formal. El acceso a la esterilización contraceptiva implicaba, hasta 1999, un ejercicio de reinterpretación: la re interpretación de una razón anticonceptiva en una de salud. Si bien esto no resultaba nada difícil – con buena voluntad, era relativamente fácil encontrar una razón

médica para la esterilización, y prueba de ello es el alto porcentaje de “várices” como justificante médica para la esterilización¹³—la mujer estaba totalmente a merced del médico. Aun cuando frecuentemente consiguieran esterilizarse¹⁴, las mujeres tenían, muchas veces, que regatear la esterilización¹⁵.

El resultado era entonces una serie de situaciones que iban desde acceso libre a la esterilización por parte de las mujeres que podían pagarla privadamente, hasta el acceso restringido para aquellas que tenían que hacérsela en las instituciones de la CCSS. En el medio de esos dos extremos estaban aquellas mujeres que podían y decidían pagar ilegalmente para ser esterilizadas en los hospitales de la seguridad social (biombos)¹⁶, sin tener que seguir los procedimientos requeridos (simplemente para agilizar las cosas, o porque no cumplían las estipulaciones requeridas para obtener la cirugía)¹⁷.

Y no sólo tenía que estar de acuerdo el médico. En algunos hospitales se pedía también el consentimiento del marido como requisito para esterilizar a una mujer, aun cuando ello iba en contra de lo estipulado en el decreto presidencial que regulaba esta práctica. Esto muchas veces suponía más trabas: el marido no quería, o bien no había tal marido o compañero para consentir. Si bien muchas veces estas situaciones eran resueltas en las mismas instituciones de salud (la enfermera “suplía” la firma del marido, el médico hacía la esterilización y no la anotaba en el expediente, etc.) esto generaba más inconvenientes y contribuía a alimentar un progresivo descontento ante las arbitrariedades en la distribución de esta cirugía.

Fue en este contexto, que en 1998 surgió la posibilidad de reformar el decreto que regulaba la esterilización, la cual culminó, en 1999, con el reconocimiento de la esterilización como un método anticonceptivo más, a ser decidido por la mujer. Fue en este contexto, comprensiblemente, que la defensa de la esterilización adquirió el carácter de la defensa por el derecho de la mujer a decidir la esterilización. El problema con la esterilización fue definido en términos de quien, en realidad, decidía la esterilización y quién tenía el legítimo derecho de hacerlo.

No es mi intención cuestionar el legítimo derecho de la mujer a tener la última palabra en la decisión de esterilizarse, pero sí cuestionar cualquier entendimiento simplista de lo que representa la “decisión de la mujer”. Si bien la defensa del derecho de la mujer a decidir se sustentó, substancialmente, en una lectura de la realidad según la cual las mujeres no decidían, o mejor dicho, de una lectura de la realidad en la que todos (particularmente médicos y maridos), decidían la *no* esterilización de una mujer¹⁸, los resultados de mi investigación proponen una lectura diversa. La firma del consentimiento informado (lo que en la era post decreto de 1999 podría ser interpretado como testimonio último de la decisión de la mujer) es, frecuentemente, tan sólo el último eslabón de una cadena de coincidencias entre médicos y personal de salud en general, madres, suegras, maridos, vecinas, amigas y las mujeres mismas, sobre la conveniencia de la esterilización.

2. Sobre la metodología

Los datos que presento a continuación son parte de los hallazgos de mi tesis de doctorado en Antropología Social¹⁹ para la cual realicé, entre febrero del 2000 y julio del 2001, trabajo etnográfico en Costa Rica. Como parte medular de dicho trabajo etnográfico conduje entrevistas a profundidad con 20 mujeres de características socio-demográficas diversas²⁰, residentes en el Valle Central²¹ quienes, en su mayoría, se encontraban en proceso de esterilizarse²². Entrevisté a cada mujer entre tres y ocho veces (un promedio de cuatro entrevistas por mujer) durante un promedio de dos horas cada vez. Además de las visitas para entrevista tuve también la oportunidad de compartir tiempo informal con estas mujeres (asistir a fiestas de cumpleaños, tomar café, llevar chiquitos al cine, y demás), de interactuar e inclusive entrevistar a muchos de sus allegados (maridos, compañeros, madres, padres, hermanas, hermanos, amigas y vecinas, entre otros), y acompañar a varias en sus

interacciones con los servicios de salud. Entrevisté también, en una o dos ocasiones, otras 25 mujeres, quienes también se encontraban recientemente esterilizadas o en vías de esterilizarse. La mayor parte de las mujeres fue contactada durante la sesión grupal de consejería a la que debían asistir como requisito previo a la esterilización²³. Conduje también entrevistas a profundidad con los diversos médicos que, a través de diversos períodos, han estado a cargo de ofrecer la esterilización en el país. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente.

3. Una decisión “distribuida”

“Yo mando en mi cuerpo y yo fui la que tome la decisión. No fue que todos -- mi compañero, el doctor, mis padres, todo el mundo -- me pusieron un revolver encima y me dijeron: ‘Esterilizate o te matamos’. No, yo lo hice, pero sí pienso que había una gran dosis de presión por parte de muchas personas!”²⁴

El comentario de arriba presenta una guía de las preocupaciones que voy a tratar a continuación. Porque si bien las mujeres que entrevisté invariablemente presentaban la decisión de esterilizarse como propia, eran generalmente igual de claras en que no estaban solas en esta decisión. Madres y compañeros, pero también padres, hermanas, e inclusive hijos, eran casi siempre traídos a la conversación como personas que habían jugado un rol importante en la decisión de esterilizarse²⁵.

Es mi objetivo, en lo que queda de este trabajo, explorar la forma particular en que la decisión de la mujer de esterilizarse es frecuentemente estimulada por una madre, y concordada por un compañero, en un contexto en el cual, por razones muy particulares, la mujer es percibida como la legítima “tomadora” de esta decisión. Para mi, esta no es una cuestión acerca de la autenticidad de la decisión, o sobre la “agencia” de las “tomadoras” de la decisión. Sugiero, que lo que esta distribución de la decisión hace visible es un set de nociones muy particulares de familia, género y reproducción, en la cual la esterilización calza fácilmente.

3.1 La madre

“Espero en Dios verla llena de hijos”

La frase anterior, a pesar de lo que parece, no es la bendición de una madre a su hija. Al contrario, es casi una maldición que la madre de Nuria²⁶ le profirió estando enojada. A la edad de 15, Nuria descubrió que su madre estaba a punto de dar a luz a su dieciseisavo hijo y se quejó: “Otro?!”. Según la historia, cuando su madre estaba en su lecho de muerte, Nuria (quien únicamente había tenido dos hijos) le susurró al oído, en caso de que ésta no se hubiera dado cuenta: “Ve mami, no tuvo la oportunidad de verme llena de hijos”.

Pero maldiciones como la de arriba eran raras. Si bien las malas relaciones entre madres e hijas eran comunes, y los exabruptos de violencia contra las hijas abundan en un número significativo de las historias de las mujeres que entrevisté, la violencia física y verbal coexistía con una preocupación profunda por el futuro de las hijas, preocupación ésta que estaba muy relacionada con la reproducción. Las madres de estas mujeres, al igual que sus padres, cuando los había, se preocupaban ante la posibilidad de que sus hijas pudieran ser inducidas a tener relaciones sexuales y se embarazaran estando aun solteras. Puede decirse, inclusive, que algunos de ellos casi no percibían escapatoria. Las estrategias para proteger a las hijas variaban desde restringirlas al máximo todas las salidas solas, hasta hablarles de contracepción, y confinar las visitas del novio a la casa. De esta manera, de acuerdo al

padrastra de Margarita, “Cualquier torta hay un compromiso. En la calle a quién le voy a decir yo nada!”.

Una vez que las hijas habían empezado a tener hijos, la mayor fuente de preocupación parecía ser la posibilidad de que tuvieran muchos. En este caso, la esterilización constituía la mejor forma de protegerlas.

3.1.1 Cuidando con la esterilización

“Dios, perdóname por haberme operado; yo sé que eso no está bien. Y perdón por haber estado metiendo a mi hija en esto. Yo corro con este pecado Señor. Yo cargo con el pecado de mi hija si ella se opera; usted sabe por qué lo hago.”

La cita anterior es de Nuria, la madre de Gabriela. Al igual que la mayor parte de las madres de las mujeres que entrevisté, ella estaba esterilizada. También como la mayor parte de ellas, Nuria promovía activamente la esterilización de su hija.

Cuando Gabriela me la presentó, Nuria tenía 51 años. Había empezado a tomar la pastilla anticonceptiva después del nacimiento de Gabriela, su primera hija, y la había interrumpido sólo en dos ocasiones: para embarazarse por segunda vez, y 19 años después de que empezara a usarla, cuando se esterilizó. Fueron los mismos médicos que le atendieron su primer parto en el hospital quienes la introdujeron a la pastilla:

“Los mismos doctores del hospital me dijeron: ‘Mire muchachita, la vamos a poner a planificar. Usted tiene que planificar porque ahora todo el que se le arrime va a ser para buscarla para eso’. Y yo dije: ‘Pero para eso qué?’. Y me dice: ‘Para tener relaciones. Eso se llama relaciones, muchacha. Lo que el hombre hace con la mujer se llama relaciones. Entonces usted puede caer embarazada, y como usted es tan humilde y no sabe muy bien todavía lo que somos nosotros los hombres, la vamos a poner a planificar’.”

Según Nuria, ella no sabía que lo que había tenido con el padre de Gabriela era una relación sexual. Tampoco sabía que estuviera embarazada, y mucho menos podía imaginarse cómo era que el bebé iba a salir de su panza. Había vivido la mayor parte de su vida en la zona rural y cursado sólo dos años de escuela primaria. A pesar de haber tenido 16 hermanos no sabía nada. Cuando su madre la maldijo, tenía, como usualmente, una “gran panza”, pero Nuria no sabía que la panza de su madre representaba un bebé. Escuchó una charla entre su madre y una vecina y se dio cuenta de que su madre iba a tener otro hijo, pero no hizo la conexión entre la panza y el niño. Los médicos introdujeron a Nuria a la pastilla. También la introdujeron a una concepción ampliamente difundida sobre la “naturaleza de los hombres”.

Con muchas dificultades, Nuria consiguió esterilizarse a los 39 años. Solo tenía dos hijos y ningún problema de salud evidente; en suma, nada que pudiera garantizarle acceso “legal” a esta cirugía o propiciar la complicidad de algún médico. El mismo médico que le comunicó que el hospital público no le aprobaba la cirugía le recordó, que “siempre podía buscarla privadamente”. Ahorró dinero por varios años —en esa época trabajaba como empleada doméstica— y pagó ilegalmente a un médico que la esterilizó en un hospital de la seguridad social. El médico justificó la esterilización con várices que Nuria no tenía, ni siquiera cuando yo la conocí. Para “proteger” a su paciente de otros ojos clínicos, admitió a Nuria al hospital al final de la tarde, cuando la mayor parte del personal diurno se había ya ido, la operó durante la noche, y le dio la salida tempranito en la mañana, antes de que los médicos pasaran visita²⁷.

Según Nuria, la esterilización era “lo mejor que se había inventado”. Y a pesar de utilizado la pastilla la mayor parte de su vida y de no haber presentado ningún problema con ella,

Nuria quería que su hija, quien también tomaba la pastilla, se esterilizara. Lo que sigue es un fragmento de una conversación que tuvimos una tarde en mi casa. Su hija Gabriela también estaba presente:

Yo: ¿Y que opina Usted de que Gabriela se esterilice?

Nuria: Yo misma la llevé al doctor. Por mi, yo no quería ni que tuviera a ninguno de sus hijos. Yo le dije a ella que no está preparada para tener hijos. Cuando tuvo al primero dijo que es que quería tener algo de ella y de Carlos [marido de Gabriela], porque lo quería y no sé qué. Bueno, se le metió la cabeza, y nació el primero. Luego me dijo que ya no más, que por su marido aquí y allá. Y un día, de pronto, me dijo que como Carlos últimamente era muy bueno con ella y de todo... y pas, metió las de andar.

Gabriela: Fuimos los dos. Los dos tomamos la decisión.

Nuria: Le dije: 'Gabriela, ya lo pensó bien?. Mire que después está dándome quejas. Mire Gabriela, el hombre [Gabriela la interrumpe]

Gabriela: Sí, porque a los cinco meses estaba arrepentida.

Nuria: María, sabe que le dije ahora?: 'El día que usted me diga que está embarazada la desconozco como hija, porque YA NO MAS Gabriela, NO MAS!'. 'Voy a ver como hago', le digo yo, 'y usted se opera, porque por eso me operé yo'.

Yo: Pero y que le parecería si Gabriela en vez de esterilizarse siguiera usando la pastilla?

Nuria: Bueno, para su seguridad, y como yo veo tanto problema que ella tiene actualmente es mejor la esterilización.

Yo: ¿Y a usted no le daría miedo que Gabriela se arrepintiera?

Nuria: (Toma un tiempo para responder) Diay, es que si ella se arrepiente el problema es para ella, no para mi (se ríe).

Yo: Pero como usted la ha... inducido.

Nuria: Bueno, yo le digo a ella que se la haga porque yo siempre pensé esto... por ejemplo, cuando tuve a mi hijo internado, qué hubiera hecho yo con más hijos?!, si tenía que internarme con él día y noche! Todo eso es lo que hay que prevenir!. Además, mentira lo que decía la gente de antes, que donde come uno comen dos y comen tres y comen cuatro y comen cinco y comen seis. Entre más hijos tenga, menos posibilidades hay de poderles dar a ellos lo que se le puede dar a dos. Igualmente, si uno ve que el hombre que tiene a la par no está capacitado para uno, es mejor cada uno por su lado. Por eso fue que yo siempre dije: 'Dos hijos nada más. Porque yo con dos hijos me las puedo jugar'.

Gabriela: Yo no sé por qué espero tanto a que Carlos me de opinión de la operación, si soy yo la que voy a decidir. Pero siempre estoy esperando que me diga qué es lo que opina, qué es lo que piensa, y me da rabia ver que él no me dice.

Nuria: Yo pienso esto María, que ella debería pensar en ella y punto. Nada más.

Con la intención de ayudar a su hija a evitar las largas filas de los hospitales públicos y esterilizarse rápidamente, Nuria puso a Gabriela en contacto con el mismo médico que la

había operado, ilegalmente, once años antes. Gabriela asistió a un par de citas en el consultorio privado de dicho médico, tras lo cual, el médico, quien también trabajaba en un hospital de la CCSS, utilizó sus “influencias” y la ayudó a brincar las colas para la consejería y para la cirugía.

Según Nuria, en la decisión de esterilizarse, Gabriela sólo debía pensar en sí misma. Interesantemente, como mostraré más adelante, todos, incluso los hombres, parecen estar de acuerdo en esto. El cuerpo de una mujer le pertenece a ella misma, por lo menos para esterilizarse. Y Nuria ofreció dos pistas para poner este axioma en contexto: “si uno ve que el hombre que tiene a la par no está capacitado para uno, es mejor cada uno por su lado”; “con dos hijos me las puedo jugar”. Las mujeres son percibidas como las dueñas de la última palabra en la decisión de esterilizarse en un contexto en el cual las relaciones con los hombres son consideradas como altamente inestables, y en el cual los hijos le pertenecen a la mujer. La fórmula pareciera ser entonces: para ser capaz de irse y mantenerse, una mujer no debería tener más de dos hijos. Y para no tener más de dos hijos necesita esterilizarse.

3.1.2 La inestabilidad como uno de los motores claves de la esterilización.

En Costa Rica y más allá, los estudios demográficos nos dicen que la esterilización se incrementa proporcionalmente con los años de matrimonio (Bumpass 1987:356; Chen Mok et al. 2001:58, cuadro 9; Gómez 1986:107)²⁸. En otras palabras, cuanto más tiempo esté casada una mujer, más posibilidades tiene de terminar esterilizada. Esto apunta a la *estabilidad* como un factor predisponente para esta cirugía, y los crecientes porcentajes de esterilización con los años de matrimonio han sido, efectivamente, interpretados en estos términos (Bailey, Wynter, y Lee 1988:620-621; Green 1978:52, citado en Bulatao 1989:294)²⁹. Interesantemente, las muchas entrevistas que sostuve con las mujeres señalaron a la *inestabilidad* (real o potencial) como uno de los motores claves de la esterilización³⁰.

En historias prevalentes a nivel de la sociedad costarricense, la “inestabilidad” se encuentra principalmente representada por la figura del “hombre que se va”. Los hombres dejan a las mujeres y se olvidan de sus hijos. Entonces, las mujeres tienen que buscar otro hombre, y acaban teniendo más hijos—tal vez porque el nuevo hombre quiere, o tal vez como una manera de atraparlo en busca de estabilidad³¹. El nuevo hombre también se va, y el ciclo se repite. Esta trayectoria era común en las historias y vidas de las mujeres que entrevisté, en la de sus madres, y hombres mismos.

Que las relaciones son inestables no pareciera ser una mera idea. La “inestabilidad” se refleja en las estadísticas. La tasa bruta de matrimonio ha caído en los últimos años, mientras que aquella correspondiente al divorcio se ha incrementado (Reuben 2001:34). La proporción entre divorcios y matrimonios registrados se incrementó de 9.9 en 1980 a 21.2 en 1996 (PEN 1998:210). Al mismo tiempo, el bajo incremento en los hogares uniparentales, a pesar del incremento en las tasas de divorcio, ha sido interpretado como evidencia de que este tipo de hogares tiende a reconsolidarse, rápidamente, en hogares nucleares sobre la base de uniones informales (Reuben 2001:33-34). De todos los niños nacidos en 1998, 49% lo hicieron fuera del matrimonio, y el 28% fueron registrados como sin padre conocido. Este no es sólo un asunto de registro: ochenta por ciento de los niños “no reconocidos” viven sin su padre, y 38% de las madres sin compañero en el hogar³² no reciben ninguna ayuda financiera del padre de sus hijos (Budowski y Rosero Bixby 2001:106, 113, 124).

La posibilidad de que “los hombres pudieran irse” estaba siempre presente en el horizonte de las mujeres que entrevisté, inclusive, en el horizonte de aquellas mujeres que decían tener una buena relación con sus compañeros y que habían estado viviendo con ellos por varios años, o que insistían en que sus compañeros era “diferentes”. La inestabilidad estaba siempre presente, incluso en medio de la estabilidad³³.

Las madres de estas mujeres eran muy activas en colocar (la posibilidad de) la inestabilidad en el horizonte de sus hijas, y lo hacían, frecuentemente, con recurso a su propia experiencia. Muchas de estas madres habían cambiado frecuentemente de pareja y habían tenido hijos con distintos hombres, aun estando casadas (recordándonos que la infidelidad circulaba ampliamente y por supuesto no era, exclusividad de los hombres³⁴).

La madre de Margarita, Dulce, vivía en el área rural y se quedó embarazada siendo soltera. Cuando Margarita tenía aproximadamente dos años de edad se casó con un hombre con quien tuvo tres hijos más. Descubrió al tiempo que su marido tenía una amante y un hijo. La relación terminó cuando Dulce trajo la policía a su casa y forzó a su marido a abandonarla. Ahorró plata y pagó por el divorcio. Según lo que me contó un día en la casa de Margarita:

“[Refiriéndose a su primer esposo] Porque él se fue y nunca me dio nada. Cuantas veces me levanté en la mañana y no tenía nada que darle a mis hijos, ni siquiera agua dulce. Yo les decía a Margarita y a Estela [su otra hija] ‘Estudien, trabajen, porque yo no quiero que ustedes sufran lo que yo he sufrido’. Porque yo iba en la mañana y me metía en una casa a limpiar, a lavar, a planchar, y salía al medio día y me metía en otra casa hasta las tres de la tarde, y salía de esa otra y me metía en otra, y salía a las ocho de la noche, bien cansada, verdad?, y lo que me ganaba no me alcanzaba. Entonces yo siempre le decía a Margarita: ‘Uno no sabe si el día de mañana a usted le va a pasar lo mismo mío, si Alexis [marido de Margarita] va a tener otra mujer, se va a enamorar y la va a dejar a usted, uno no sabe’. Me acuerdo, que cuando yo me quedé sola, una vez estaba trabajando en una casa, y era la última casa del día, y yo veía una montaña inmensa de ropa, y yo bien cansada y no había lavadora y yo tenía que lavar a mano, y ese día me hiqué y yo le dije al Señor: ‘Señor, yo estoy muy cansada; yo no aguanto ya más; yo necesito que me reparés un hombre para que me ayude’.”

Cuando la conocí, Dulce tenía 42 años. En efecto, poco tiempo después de su plegaria, Dios le mandó un nuevo marido, quien, finalmente, “la sacó del trabajo”. Tuvo su quinto hijo con él, y aun cuando las cosas parecían marchar bien, Dulce siempre pensaba que todo podía cambiar.

Si bien pareciera no haber forma de evitar que las cosas pasen, una mujer siempre puede estar preparada. Y Dulce había promovido dos herramientas “posibilitadoras” (enabling tools) en su hija. Una que ella no tenía: educación. Dulce había cursado sólo dos años de escuela primaria. En cambio, Margarita, a sus 26, estaba a punto de convertirse en trabajadora social. La otra, Dulce la tenía: la esterilización. Se había esterilizado a los 39, cuando su quinto hijo estaba por cumplir un año. Y, Margarita ya se había esterilizado. Era a través de estas dos herramientas que su hija no iba a tener que repetir su historia.

Dulce, Nuria, y la mayoría de las madres de las mujeres que entrevisté era promotoras activas de la esterilización de sus hijas³⁵. La mayoría de las veces, ellas también estaban esterilizadas. No obstante, las esterilizaciones que estas mujeres promovían para sus hijas eran, generalmente, distintas a las que ellas habían tenido. Era precisamente esta diferencia la que podía proteger a sus hijas y evitarles el tener que repetir sus historias.

La esterilización de Dulce había representado un alto después de demasiados hijos (todos, inclusive sus hijos mayores habían estado de acuerdo en que ella ya tenía demasiados hijos), demasiados compañeros, demasiado trabajo, demasiada dependencia, demasiado sufrimiento. Necesitaba parar, y la manera de romper el ciclo era la esterilización. A pesar de que la esterilización de Margarita también representaba un freno a su carrera reproductiva, era un freno que posibilitaba. Y posibilitaba principalmente por el momento en que estaba siendo aplicado. La esterilización de Margarita no tenía por objetivo resolver nada. Al contrario, estaba destinada a prevenir, a evitar que los problemas se presentaran. La esterilización de Margarita era garantía de que independientemente de lo que sucediera, su

vida podría continuar desarrollándose. La esterilización, utilizada a tiempo, era percibida como capaz de ofrecer independencia *potencial* a las mujeres:

Yo: Y qué opinó tu mamá cuando le dijiste que te ibas a esterilizar?

Margarita: No, más bien mi mamá quería que yo me esterilizara.

Yo: Y por qué quería ella que vos te operaras?

Margarita: Porque dice que yo voy a trabajar [Margarita está estudiando para ser trabajadora social] y que los chiquitos van a quedar aquí solos, y que eso no es conveniente para un bebé.

Yo: Y vos crees que si no planearas trabajar ella no te hubiera aconsejado que te operes?

Margarita: No, yo pienso que lo hubiera hecho todavía más. Porque para ella, o sea... para ella, el tener muchos hijos es como estar obligada, verdad?. Para ella, con uno o dos hijos usted puede salir adelante. Con muchos [hijos] ya cuesta. En un inicio yo no entendía que era lo que ella me daba a entender, con eso de que yo no fuera como ella, verdad?. Después yo fui como entendiendo. Era eso de no poder dejar a mi papá, porque con qué nos iba a mantener a nosotros?. El único empleo que ella podía conseguir acá era de empleada en una casa, y qué iba a hacer con eso?. No le alcanzaba!. Entonces ella decía: 'Como lo voy a dejar yo?, Con qué voy a pagar la escuela?'. Entonces ella me decía: 'Estudie, para que no sea como yo. Para que no tenga que vivir con un hombre por necesidad. Para que usted viva con un hombre porque lo quiere, porque tienen cosas en común, y no porque tenga que mantenerla'."

Según Margarita y su madre, la esterilización sería, realmente, una tecnología posibilitadora: le permitiría salir adelante en caso de que su compañero la abandonara; le permitiría dejarlo y no tener que buscarse otro. Le permitiría, inclusive, amar, y como mostraré más adelante, ser realmente amada.

Entre las mujeres que entrevisté, la certeza de no querer repetir algunas historias conocidas frecuentemente contribuía a la certeza de querer esterilizarse. Evelyn se esterilizó a los 19 años. Tenía un hijo. Ada, su madre, con 40 años de edad al momento de mi entrevista, se había esterilizado a los 32 años, inmediatamente después del nacimiento de su noveno hijo. Había empezado a tener hijos a los 14 años, y los había tenido con cuatro hombres distintos. Al momento de la entrevista, no recibía ayuda de ninguno de ellos:

“[A sus hijas] Yo quiero que ustedes se operen, porque yo no quiero que pasen la vida que yo he pasado. Así es que ya es bueno, ya es más que suficiente. En ustedes está la solución. Yo a Evelyn le dije: ‘Evelyn, vea bien que usted sólo un chiquito tiene’. Porque dice el doctor que yo soy la culpable, que seguro ella lo hace porque yo le digo. No, ella ha visto mi vida. Mi vida ha sido un tremendo dolor (llora). Si usted supiera la vida que nosotros hemos tenido... Por eso yo le dije a Evelyn: ‘Evelyn, si usted desea operarse, opérese. Si usted no lo desea, no lo haga’. Pero ella a mi me dice: ‘No mami, francamente yo lo deseo. Yo no quiero tener más chiquitos’. Diay, la pura verdad es que si ella lo desea, que así sea. Que se la haga. Mas bien de ésta (señala a otra de sus hijas) es que deseo la reacción diferente, porque ya ella tiene cuatro”.

Evelyn se esterilizó porque no quería que, en un futuro, sus hijos le preguntaran que “por qué había tenido hijos de cada hombre con que había estado”. A pesar de que ella nunca hizo una conexión directa entre lo que ella quería evitar y la historia de su madre, dicha conexión era evidente.

3.1.3 *Haciendo familia a través de las mujeres*

La esterilización era fuertemente promovida para las hijas, en un contexto en el cual los niños eran frecuentemente percibidos como propiedad de sus madres, o de parientes mujeres- pero enfáticamente no de sus padres. El lazo afectivo duradero era aquel entre una madre y sus hijos. El lazo afectivo entre un padre y sus hijos atravesaba a la mujer y era altamente dependiente de ella. Si la relación de un hombre con una mujer se disolvía, frecuentemente también se disolvía la relación con los hijos. Que las relaciones duraderas eran aquellas entre madres e hijos resultaba más evidente en algunos casos que en otros. Era particularmente evidente entre aquellas mujeres de bajos ingresos económicos quienes, tras haber sido abandonadas por su compañero, debían salir a trabajar para mantener a sus hijos. Estas mujeres frecuentemente dejaban sus hijos al cuidado de la abuela. La historia de Rosa ejemplifica bien este tipo de arreglo.

Conocí a Rosa a la edad de 38 años, cuando estaba embarazada de su tercer hijo. Había decidido esterilizarse inmediatamente después del parto. Concepción, la madre de Rosa, tenía 56 años y había sido abandonada por su marido a la edad de 20, cuando estaba embarazada de su tercer hijo. Él se quedó con la casa y no le dio nunca más ayuda de ningún tipo. Tampoco volvió a ver a sus hijos. La madre de Concepción, quien también había sido abandonada por su marido, tenía nueve hijos, el mayor de los cuales era Concepción. Concepción salió a trabajar para mantener a sus hijos y hermanos (los menores de los cuales tenían la misma edad que sus propias hijas) y su madre se quedó en la casa para cuidarlos. Concepción trabajaba como empleada doméstica y volvía a la casa sólo los fines de semana:

Rosa: Mi mamá tuvo tres hijas.

Yo: ¿Y sabés si tu mamá planificaba?

Rosa: Nunca le he preguntado (se ríe).

Yo: Y por qué nunca le has preguntado?

Rosa: No sé. Será porque nosotros no somos así como muy... cómo te dijera?, nosotros prácticamente que nos criamos con mi abuelita, porque mi mamá trabajaba en casas. Cada ocho [días] venía, el domingo, y se volvía a ir el lunes. A mi abuelita yo le digo "mamá", y a mi mamá le digo Concepción. A mi mamá, no sé, nosotros le tenemos como un cierto... respeto. Como de largo, como que algo nos divide (sonríe). Soy más unida con mi abuelita.

Yo: Y como te imaginás que ella tomaría el que vos le preguntaras algo así?

Rosa: No sé. Tendría que averiguarlo (sonríe). Ahora yo le dije a ella que después de este embarazo me operaba, y ella me dijo: 'Está bien'.

Yo: Y por qué le contaste?

Rosa: Simplemente pa' que ella supiera. Porque, digamos, a ella no le hizo mucha gracia que uno se embarazara. Cuando le dije que estaba embarazada me dijo: '¿Otro vas a tener?! ¡Qué tontera!. Esa es la peor tontera que pueden hacer ustedes! '.

Yo: Por qué te dijo eso?

Rosa: Diay, no sé. Tal vez será porque ella sufrió mucho en el matrimonio. Es como un cierto miedo que ella guarda, por eso es que mejor esos temas no los toco. Lo poquito

que sé es que cuando mi mamá quedó embarazada de la última mi papá le dio vuelta, estaba con otra mujer. Entonces mi mamá lo botó. Entonces él le quitó la casa y ella tuvo que empezar a rodar con nosotras, con su gran panza. Tal vez eso sea el miedo que ella tiene de que uno quede embarazado y que le vuelva a pasar lo mismo que a ella. Tal vez es por eso que ella a veces se enoja cuando uno va a tener un bebé.

En una etnografía de mujeres costarricenses de bajos ingresos económicos, Eugenia López (1977:4) denomina este tipo de arreglo familiar como “familia abeja reina”³⁶. Si bien López no lo pone en estos términos, puede proponerse que la mujer adopta el rol de proveedor, previamente desempeñado por su compañero, y que su madre, frecuentemente también abandonada por su propio compañero, adopta el rol de ama de casa que ella solía desempeñar. Como bien lo ejemplifica la historia de Rosa, este tipo de arreglo familiar suele implicar que los niños construyen su relación afectiva con la abuela y no con la madre, quien frecuentemente permanece como una figura distante y a veces hasta temida. Margarita también había sido criada por su abuela y se sentía muy cercana a ella. De hecho, en muchos aspectos, tenía más de su abuela que de su madre:

“Mi mamá iba a trabajar y mi abuela se quedaba con nosotros. Ella fue la que nos cuidó siempre. Yo cocino diferente a mi mamá, y es porque mi abuela fue la que me enseñó a mi, y mi mamá aprendió en las casas donde trabajaba. Ahí la enseñaron. En cambio, yo sí aprendí con mi abuela”.

En estas familias, organizadas alrededor de mujeres, la madre se vuelve un eslabón faltante pero indispensable. Ella produce y provee para los niños que su propia madre va a criar. Sus hijas, a su vez, harán lo mismo para los nietos que ella “maternará”. De esta manera, los lazos afectivos y los parecidos se saltan una generación. Pero, entre las mujeres entrevistadas, estos arreglos familiares no surgían simplemente porque no habían hombres, padres, en el cuadro.

3.1.4 Si me muero, los chiquitos son de mami

Sorprendentemente, dado que era común que las mujeres entrevistadas consideraran que la esterilización implicaba pocos riesgos, unas cuantas mujeres me dijeron (espontáneamente) que habían tomado previsiones ante la eventualidad de que se murieran durante la cirugía. Estas mujeres habían encargado el futuro cuidado de sus hijos no al padre de los niños, sino a sus abuelas. Encontré esto interesante (y hasta cierto grado sorprendente), y se transformó en algo que yo preguntaba, rutinariamente, en todas las entrevistas subsecuentes: Si te murieras (y no necesariamente en el contexto de la esterilización) quien cuidaría de tus hijos? Con pocas excepciones, la respuesta era la misma: mi mamá. O en caso de que las madres no estuvieran, o no fueran consideradas idóneas para la tarea, los niños eran asignados a otras figuras femeninas tales como hermanas y suegras. Quiero recalcar que estos arreglos no tenían por objetivo mantener a los hijos fuera del alcance de la familia del padre, pero sí, *en* manos de mujeres.

Margarita sacó el tema espontáneamente mientras discutíamos los preparativos para la esterilización que se había hecho un mes atrás:

Yo: Y decime, los días antes de la cirugía pensaste más en tu decisión o estabas totalmente convencida?

Margarita: No, igual. Mi esposo era el que me decía: ‘Está segura?’. Yo pienso que estaba más nervioso él que yo (se ríe), porque si hubiera sido una operación, como le dijera?... como el apéndice, que es necesaria, pero esa no es tan necesaria, verdad?.

Entonces me decía: ‘Y si le pasa algo?, Qué hago yo?’ (se ríe). Le digo yo: ‘Nada. Ya yo le dije a usted. Si a mi me pasa algo, si me muero, usted le deja los chiquitos a mi mamá!’. Eso sí lo encomendé, verdad?, porque uno nunca sabe.

Yo: Contame un poco de las disposiciones que tomaste en caso de que te murieras.

Margarita: Encomiendas (se ríe). Era como un temor a que a uno lo duermen y no sabe si va a despertar!. Porque a cuanta gente no le ha pasado, verdad? que se queda ahí. Entonces primero se lo dije a mi mamá: ‘Si a mi me pasa algo, usted sabe que usted tiene que hacerse cargo de mis hijos’. Y me dice: ‘Sí, yo sé. Diay, son los nietos verdad?’. Y me dice: ‘Pero dígame a Alexis, porque diay, si él no me los va a dar, tampoco yo puedo tenerlos!. Si él es el papá y es responsable y todo, no se los pueden quitar’. Entonces yo le dije a él: ‘Alexis, si a mi me pasara algo, no es que le van a quitar los chiquitos a usted, pero que sea mami la que los cuida. Usted se los puede traer en la noche, como usted quiera, pero que sea ella la que los cuida y los vigila; que ella esté a cargo de ellos’. No que él se vaya a casar y se los vaya a llevar con otra mujer que ni siquiera sabe uno cómo es!. Ese es el temor mío.

Yo: Hagamos de cuenta que soy tonta, no tengas miedo (nos reímos). Explicame otra vez, por un lado me decís que querés que tu mamá se haga cargo, por otro lado que supervise, como que mucho no me termina de [me interrumpe].

Margarita: Por ejemplo, digamos... que mi mamá los cuide, casi el 100% verdad?

Yo: Qué es para vos cuidar?

Margarita: Diay, por ejemplo, que les de desayuno, los mande a la escuela, les revise tareas, los oriente por el buen camino, verdad?. A eso me refiero yo, él va a estar trabajando y no puede ver si se levantaron y fueron a la escuela, o si les dejaron tarea. Que mi esposo se haga cargo, qué se yo, de los gastos, de la ropa, de todo. Que mi mamá los cuide en ese sentido, en el que él no puede. Y... yo digo que mi mamá supervise, en caso de que él tenga.... digamos, que forme otra relación! O sea, que él viva ya formalmente con una mujer en una casa y que él diga: ‘Bueno, me voy a llevar mis hijos para que ella me los cuide’. Yo quiero que mi mamá vea que ella sea... qué se yo.... pues buena nadie es, verdad?, pero sí por lo menos, que los oriente, que tenga buenos valores, que no me los vaya a tener con hambre... O sea, que ella supervise que estén bien.

Yo: Y vos no pensás que Alexis puede darse cuenta por sí mismo si los chicos están bien?

Margarita: Bueno, yo pienso que... es muy relativo, porque él casi nunca está.

Yo: O sea que vos pensás que Alexis necesita que tu mamá lo supervise.

Margarita: Bueno, es que yo pienso que uno como mamá, es... como le dijera?... más previsora. Yo siento que...y lo sé (lo enfatiza), al hombre se le pueden ocultar muchas cosas!.

Le manifesté mi interés en lo que estaba diciendo porque, en mi caso, yo no creía que me hubiera pasado por la mente dejarle mi hijo a mi madre. Para mi, lo lógico hubiera sido pensar que el padre de mi hijo se ocuparía de él—una decisión que no tenía necesariamente nada que ver con los atributos del padre de mi hijo.

Margarita: Yo pienso que la suya es otra sociedad, otra forma de pensar! Pero nosotros hemos sido así. Por ejemplo, dentro de mi familia han pasado ciertas cosas que lo hacen pensar a uno eso. Mi abuela siempre ha vivido con un dolor en el corazón, y siempre llora por unos nietos que ella tuvo, de una hija de ella que se murió muy joven. Ella le dijo a mi abuela que le prometiera que los iba a cuidar y mi abuela dijo que sí. Pero el esposo los cogió y se los llevó a vivir con otra mujer, verdad?. Y la otra mujer cogía una rata y se la amarraba al pié a la chiquita. Ese era el castigo que le daban.

Yo: Pero el papá sabía?

Margarita: Claro! Pero sí, en nuestra sociedad se ve eso; el hombre no se hace cargo de los hijos. O sea, eso está establecido. Casi siempre es alguna de las abuelas la que los cuida. Diay, yo pienso que eso es, seguramente, por el tipo de sociedad. Tal vez sea porque ellos son los que tienen que trabajar. Nuestra sociedad dice que el hombre trabaja y la mujer se queda en la casa, verdad?. Ahora es que estamos haciendo el cambio, verdad?. Pero, eso es nuevo, eso es reciente. La mayoría de veces somos nosotras, las mujeres, que nos hacemos cargo.

Recuerdo que la decisión de Margarita me sorprendió. Había descrito a Alexis, su marido, como un hombre sensible e inusual en su contexto. Margarita me había enfatizado qué tanto ambos habían trabajado para construir una relación basada, principalmente, en el deseo de estar juntos. También me había contado qué tanto su estilo de vida y sus “valores” diferían de los de su madre, y cuanto se había esforzado para criar a sus hijos de manera diversa a la que sus dos hermanos menores (de la misma edad que sus propios hijos) estaban siendo criados. Sin embargo, todo esto parecía desvanecerse ante la perspectiva de su muerte, y de repente, su madre resultaba ser una mejor opción que su marido.

Por un lado, Margarita basaba su decisión en las “practicalidades” de la vida cotidiana. Los hombres tienen que ir a trabajar. Pero ella era una mujer muy inteligente y sabía que muchas mujeres trabajan y cuidan a los hijos al mismo tiempo. Ella misma estaba planeando ir a trabajar tiempo completo en cuanto terminara su carrera. De hecho, había ya estudiado, trabajado medio tiempo y cuidado a sus hijos, todo al mismo tiempo. En parte debido a la que explicación del trabajo no se sostenía en pié por mucho tiempo, en parte porque ahí estaba yo con ella, “trabajando” y a cargo de mi hijo, y también porque medio lo forcé (y entonces merecía la respuesta), Margarita me ofreció la explicación cultural: su sociedad y la mía son diferentes; tenemos distintas maneras de pensar. Como dice Kuper (1999) en vez de requerir una explicación, la cultura es frecuentemente utilizada como una explicación en sí misma.

Pero Margarita trajo a colación otro tema interesante, uno que estaba casi siempre presente en las conversaciones que sostuve con otras mujeres. No era sólo la desconfianza en las capacidades de cuidado por parte de su compañero, sino la desconfianza en la futura “otra mujer”.

La desconfianza en la otra mujer aparece claramente en el relato de Marlen. En la eventualidad de su muerte, ella no pensaba darle sus hijos a su madre o a sus hermanas. La mamá de Marlen vivía en un barrio marginal de la ciudad capital y se quedaba en casa al cuidado de 13 de sus nietos, hijos de cuatro de sus siete hijas, tres de las cuales no tenían compañero. Marlen se había esforzado mucho para que su vida y la de sus hijos fuera diferente a la que ella había vivido de niña, y también a la que sus sobrinos y sobrinas vivían en el presente. En caso de su muerte, Marlen había asignado sus hijos a Lidia, la hermana de su compañero:

Marlen: Yo le digo a Marvin [su compañero]: ‘Si yo me muriera, mis dos hijos se los dejo a Lidia. Son suyos, pero usted le paga a Lidia o a su mamá para que ella se los cuide’.

Porque diay, Marvin tendría que seguir trabajando para mantenerlos. Y yo le digo a él: ‘Y si usted se va a juntar con otra mujer, se los deja a Lidia o se los deja a su mamá, pero no se los lleve a otra vieja’.

Yo: Y por qué no?

Marlen: Porque después me los maltrata.

Yo: Y vos crees que él podría casarse con alguien que le maltrate los hijos?

Marlen: Al rato y no se va a dar cuenta de que se los están maltratando. Tal vez se los van a maltratar a espaldas de él, y casi que en la cara de él, y sin él darse cuenta. Que se los cuide cualquiera de la familia de él, pero de mi familia que no se los de a nadie, ni a cuidar tan siquiera. Yo le digo a Marvin: ‘Gracias a Dios el día que yo salí de esa casa’.

Marlen también le temía a “la otra mujer”. Ella sabía bien que la otra mujer podía maltratarle los hijos. Marvin tenía un hijo de una relación anterior, quien solía vivir con Marlen. Interesantemente, Marlen fue formalmente acusada de maltratarlo y el niño retirado de su casa. Según el razonamiento de Marlen (y tal vez también su experiencia) la “otra mujer” no iba a tener una relación con los hijos de Marlen; no eran suyos. Señalé antes, que la relación de un hombre con sus hijos literalmente pasa a través de la relación con su compañera, la madre de sus hijos³⁷. La “otra mujer” es tan peligrosa, en gran parte porque el padre, en la concepción de estas mujeres no tiene una relación autónoma con sus hijos. En las familias reconstituidas, la relación del padre permanece canalizada a través de la relación con su esposa. Si la nueva mujer no siente a los niños como propios (cosa que la mayoría de las mujeres asumen que será el caso) los niños corren el riesgo de no ser de nadie, de no estar bajo el cuidado de nadie.

La reacción de los compañeros a estos pedidos sólo la conozco a través de las mujeres. Todos parecían haber estado de acuerdo en que el cuidado de los niños fuera legado a las abuelas. Felizmente, ninguna de estas mujeres se murió durante la esterilización. Por ende, no tengo manera de saber si el consentimiento de los maridos era más que meras palabras destinadas a evitar una pelea por algo que seguramente no iba a suceder. Lo que les pasa a los niños cuando su madre muere lo puedo inferir de un estudio previo, sobre la mortalidad maternal en Costa Rica (Carranza and Gei 2001). Entrevisté personalmente a familiares y allegados de todas las mujeres cuyas muertes (en 1996) fueron catalogadas como maternas (durante el embarazo, parto y posparto), y tuve la oportunidad de conocer que había pasado con los hijos de esas mujeres. Los resultados de ese estudio parecían corroborar que, en ausencia de la madre, la abuela (principalmente la materna) asume un rol prominente en la vida de los niños, aun cuando el padre de los mismos está presente. De hecho, muchos de esos niños estaban viviendo en la casa de sus abuelos, en muchos de los casos también *con* su padre. En la mayoría de los casos, la abuela estaba a cargo de los niños, a quienes frecuentemente llamaba “mis chiquitos”. El padre estaba a cargo de proveer aquello que los “chiquitos de la abuela” necesitaban. Las disputas legales entre abuelos, por la tenencia de los niños eran frecuentes, incluso en casos en los cuales el padre estaba presente.

De esta manera, podríamos decir, que no es simplemente que los niños pertenecen a sus madres, sino que *no* pertenecen a sus padres. Esta idea afecta no solamente el *como* se toman las decisiones referentes a la esterilización en la pareja, sino también, como la esterilización es “distribuida” en las parejas. Esta distribución toma algunos giros predecibles (es casi siempre la mujer la que se esteriliza) pero vía algunas rutas impredecibles.

3.2 Esterilización: un terreno de “acuerdo”

En esta sección discuto las historias que las mujeres me contaron acerca de la actitud de sus compañeros frente a la esterilización. Tuve la oportunidad de hablar en persona con muchos de estos hombres, y las impresiones que extraje de esas conversaciones han influido en mi análisis. Sin embargo, las entrevistas que sostuve con estos hombres no fueron tan extensas como las que sostuve con las mujeres. Es en éstas últimas en las que me baso, más explícitamente, a continuación.

Damaris: Tomé la decisión de esterilizarme ahora que quedé embarazada. Primero, porque tuve mis dos hijos soltera. Me tocó muy dura la vida. Tuve que hacerme cargo de mis hijos y empezar a trabajar, a verlos y a criarlos.... Una vida muy conflictiva. Gracias a Dios me encontré un muchacho bueno. Bueno entre comillas, digamos. Quiere mucho a mis hijos, pero tenía un problema de drogas. Yo quedé embarazada y bueno... yo pienso que ya no me puedo arriesgar, a seguir con mi esposo y que el no pueda salir de donde está, verdad? y tener... más hijos! Aparte de que si me quedara sola, tres hijos ya es mucho para una muchacha sola, verdad?. Por eso fue mi decisión. Y también lo económico, que cuesta mucho criar los hijos.

Yo: y qué opina él de la esterilización?

Damaris: No, no. Más bien fue él el que me dijo que tomáramos una decisión verdad?, de que me operara para no tener más bebés.

Damaris, a los 25 años, estaba embarazada por tercera vez e iba a esterilizarse inmediatamente después del nacimiento del bebé. Con el fragmento arriba citado, Damaris dio inicio a nuestra primera conversación. Al igual que la mayor parte de las mujeres que entrevisté, ella también presentó la decisión de esterilizarse como propia. No obstante, como fue también el caso con muchas de las otras mujeres, había un compañero que había estado de acuerdo, e incluso propuesto la cirugía. Esta imagen del hombre que consiente contrasta diametralmente con la figura del esposo que se interponía entre su esposa y la esterilización de su esposa – una figura prominente de los argumentos producidos en apoyo a la liberalización de la esterilización en Costa Rica durante la década de los noventa)³⁸.

Las actitudes de los hombres hacia la esterilización de sus compañeras era muy raramente negativa³⁹. La mayor parte de los compañeros habían estado de acuerdo con la iniciativa de sus esposas de esterilizarse; algunos, inclusive, habían promovido activamente la esterilización. Pero también, hubo algunos pocos que tuvieron que ser convencidos de la necesidad que tenían sus esposas de esterilizarse, o que, inclusive, debieron ser “engañados”. Interesantemente, convencer o engañar esposos no parecía ser nada difícil. En muchos de esos casos, la esterilización les habían sido presentada como una recomendación médica⁴⁰. Consideremos el caso de Marlen, a quien ya introduje en este capítulo. Extraje el fragmento que cito a continuación, de una conversación que tuvimos la primera vez que la entrevisté, dos meses después de haberse esterilizado:

“Yo es que a Marvin lo enredé un poco, entonces por último me dejó operarme. Le dije que el doctor me había mandado a operar por este dolor que siempre he tenido en los ovarios. Entonces yo vine y empecé como a carbonarlo, carbonarlo... y él me dijo que sí. Cuando él me dijo que sí yo ya tenía la charla hecha. Claro que yo le dije que no, que tenía que ir a recibir la charla y todo”.

Y casi un año después de la cirugía:

Yo: Y tu compañero todavía está convencido de que tenías que operarte o ya se dio cuenta de que no?

Marlen: No, Dios guarde! No se ha dado cuenta.

Yo: ¿No?

Marlen: Y yo creo que no se va a dar cuenta (se ríe), Dios guarde! No, él no sabe todavía. Nunca me ha dado por contarle, y ya yo voy para un año de operada.

Yo: Y qué pasaría si él se diera cuenta de que no tenías que esterilizarte?

Marlen: Diay, yo creo que ya no podría hacer nada. Salado porque ya me operé.

Marlen presentaba la esterilización como fruto de su decisión, y a Marvin como engañado. Sin embargo, resultaba difícil para mí creer, que Marvin no sospechara que Marlen se había esterilizado porque quería. La esterilización era común en sus familias. La mamá de Marvin, al igual que sus dos hermanas, estaba esterilizada. También estaban esterilizadas seis de sus siete tías maternas, la mamá y la mayoría de las hermanas de Marlen. Ninguna de esas esterilizaciones era secreto, y para hacer las cosas aun más evidentes, el médico le habían “prescrito” la esterilización a Marlen inmediatamente después de que la aprobación del decreto (que liberalizó el uso de la esterilización en 1999) se hizo pública – Marlen fue de las primeras en correr a hacer fila para la cirugía—. Las implicaciones de este decreto fueron discutidas por un buen tiempo en los medios de comunicación, y cualquiera que leyera los periódicos o viera el noticiero (y Marvin lo hacía) casi por fuerza sabría que la esterilización era ahora “libre”. Marvin parecía estar jugando al engañado, y Marlen, con gran placer, a la engañadora.

Algunos de los hombres que habían firmado cartas de consentimiento mientras estaban borrachos, o que creían haber consentido a otro tipo de cirugías descubrieron, unos años más tarde, que sus compañeras estaban esterilizadas. Como Marlen habían vaticinado, nada serio había pasado; todos aceptaron las noticias sin mayores problemas. Según sus esposas, esto habían sido así, simplemente porque no había nada que pudieran hacer; ellas ya estaban esterilizadas y la esterilización era irreversible. Pero los relatos de las mujeres también me conducen a pensar, que la revelación de su estatus de esterilizadas (y del engaño a sus esposos) generalmente no traía mayores consecuencias porque ambos, la esterilización y el engaño, habían contribuido a facilitar las cosas. Ambos eran parte de un acuerdo implícito entre la pareja. Me explico.

La mayor parte de los casos de “engaño” de los que tuve conocimiento habían ocurrido entre mujeres rurales o urbanas pobres, y tanto estas mujeres cuanto sus maridos tendían a haber completado, como máximo, la escuela primaria. Es factible pensar que entre estas mujeres y sus parejas, el choque de discursos – aquellos que promueven una familia más pequeña y la autonomía de la mujer por un lado, y aquellos que valoran un marido en comando y proponen muchos hijos como signo de su virilidad, por el otro—generaba mucha ambivalencia que entre las parejas de clase media urbana. Para hombres y mujeres, el engaño parecía ser una solución a esta ambivalencia⁴¹.

Pero la mayor parte de los hombres parecían estar de acuerdo en que el cuerpo de la mujer era de ella, al menos para esterilizarse. Era derecho de la mujer decidir que hacía con su fertilidad, en gran medida, porque el “producto” de ella era suyo. El recurso frecuente de estas mujeres a la frase “mi cuerpo es mío” como último argumento en la justificativa de su decisión de esterilizarse, era frecuentemente repetido por sus compañeros. “Su cuerpo es suyo” era una frase con la cual muchos hombres tendían a finalizar las discusiones sobre el tema. En la mayoría de los casos, esta actitud de los hombres facilitaba el camino de la mujer hacia la esterilización. No obstante, entre algunas mujeres, también generaba ansiedad.

Consideremos a Gabriela, a quien ya introduje páginas atrás. Ella era explícita al decir que estaba tomando la decisión por ella misma, pero que al mismo tiempo “necesitaba” que Carlos, su marido, con el cual había estado casada durante 10 años, se posicionara al respecto:

“Él dice que eso es cosa ya mía!, pero en el fondo yo veo como que él no está muy de acuerdo pero tampoco quiere meterse en las decisiones mías. Él me dice: ‘Yo la voy a apoyar en lo que usted decida’. Pero yo quiero hablarlo bien con Carlos. Yo quiero una opinión definitiva. Porque dice uno: ‘Bueno, es mi pareja!. Es el compañero que yo elegí, y en parte debo tomarlo en cuenta, porque diay, es el padre de mis hijos!’. En la Consejería nos dijeron que a pesar de que el hombre no tenía que firmar y que eso era decisión de nosotros, que había que tomarlos en cuenta porque a veces habían casos en que el hombre estaba en contra entonces inmediatamente que la mujer salía de sala de operación mucho matrimonio se separaba, verdad?. Entonces les dije yo a ellos: ‘Diay, que se hace en caso de que la respuesta de los maridos sea: ‘Usted sabe lo que hace. El cuerpo es suyo. Allá usted si no quiere tener más hijos?’.”

El discurso del cuerpo (y los hijos) como propiedad de las mujeres no es, como hemos visto, una aseveración particularmente controversial en este contexto. Hombres como Carlos estaban felices de reafirmar y reproducir esta idea. Para muchas de las mujeres que yo entrevisté, esta actitud era precisamente la que ellas esperaban de sus maridos y compañeros—y era la que me describían como acuerdo y más. Así, Rosa me dijo, “Esta fue una decisión que tomamos juntos. El me dijo: ‘Esta bien, no se preocupe, yo no me voy a interponer’.” Para Gabriela, sin embargo, este terreno de “acuerdo” no era la forma de vida de casamiento moderno que ella estaba buscando. A pesar de haber sido criada como “clase trabajadora” (recordemos que Gabriela es la hija de Nuria, y ambas han trabajado como operarias de fábrica), Gabriela ha cultivado (a través de años de terapia psicológica y talleres de empoderamiento, entre otros) expectativas más de “clase media”. Ella deseaba que la decisión fuera “conjunta” pero de otra manera: que Carlos participara activamente. Y por ello su desazón ante la insistencia de Carlos de que la decisión era simplemente de ella— y que él no quería tomar parte. Gabriela no estaba luchando por la “última firma” (el símbolo crucial de los derechos de la mujer que rodeaba el decreto del 99) sino por un tipo diferente de relación de pareja.

Lejos de haberlas llevado en una nueva dirección, el lenguaje de derechos, autonomía, e inclusive el cuerpo como dominio de la mujer que ha rodeado a la contracepción y la planificación familiar ha, en muchos sentidos, reafirmado y reanimado concepciones prevalentes en Costa Rica sobre el género, la familia y la reproducción. Para alguien como Gabriela, que estaba tratando de redefinir la estructura de estas relaciones, no era la idea de que la mujer tenga la palabra final (la última firma) lo que se necesitaba. Gabriela estaba buscando algo, incluida la decisión de no tener más hijos, que hiciera a Carlos, parte de un proyecto conjunto.

3.3 Vasectomía

A la luz de lo que he argumentado, puede que no sea sorprendente saber que en Costa Rica, 97.7% de los esterilizadas son mujeres (Chen Mok et al. 2001:54, cuadro 6). En la literatura, las explicaciones comunes a las altas tasas de esterilización femenina en América Latina son generalmente depositadas en los hombres: por culpa de los mitos, la desinformación, la mala información, y el machismo, entre otros, los hombres se resisten (Chant y Craske 2003:86; Presser 1978:30; Williams, Ojeda, y Trias 1990:251, 259)⁴². Porque los hombres no se esterilizan, las mujeres tienen que hacerlo⁴³.

Muchas de las mujeres que yo entrevisté hubieran querido que sus compañeros se esterilizaran. Algunos de los compañeros, inclusive algunos de aquellos que promovieron activamente la esterilización de sus esposas, no se esterilizaron porque escucharon, a veces de urólogos, que la vasectomía les podía causar problemas de salud. Otros no lo habían hecho por lo que sus mujeres catalogaban como “puro machismo”⁴⁴. Y, para muchos de los hombres que, como discutí arriba, habían prontamente apoyado la decisión de sus esposas de esterilizarse (o por lo menos no interferido), esa decisión era vista como una decisión tomada por un individuo y no como parte de un “proyecto de pareja”. “Si usted quiere esterilizarse esterilícese. Pero por que me voy a esterilizar yo?”, preguntaban muchos de ellos.

Interesantemente, conocí muchas mujeres, particularmente aquellas que pertenecían a parejas que podrían ser catalogadas como más igualitarias, cuyos compañeros habían considerado la posibilidad de esterilizarse. No obstante, ninguno de ellos se había operado. Algunos no lo habían hecho por razones prácticas: la seguridad social no la estaba ofreciendo para los hombres, pero sí se la estaba ofreciendo a las mujeres. Pero hubo un grupo que me llamo particularmente la atención. Esos hombres habían considerado seriamente la posibilidad esterilizarse, pero no lo habían hecho porque sus parejas habían preferido esterilizarse ellas. Es a este grupo de mujeres—pertenecientes a una variada gama de sectores sociales y demográficos— a quienes vuelco mi atención a continuación. Quiero hacerlo, porque la negativa de estas mujeres a dejar que sus compañeros se esterilizaran revela la activa participación de las mujeres en la construcción de los hijos como su propiedad, y de la esterilización como ámbito de las mujeres. Si bien la relación desproporcionada entre esterilización femenina y masculina puede en parte ser achacada a la “resistencia” de los hombres a operarse, las mujeres, también, parecieran ser parte de la explicación.

3.3.1 Terreno de mujeres

Luz y su compañero, ambos con 35 años, vivían en la zona rural del Valle Central. Ella tenía educación universitaria incompleta y había dejado de trabajar al casarse. Roberto, su marido, tenía educación secundaria completa y atendía su propio negocio. Luz estaba embarazada por tercera vez e iba a esterilizarse inmediatamente después del parto. Roberto había considerado seriamente la posibilidad de esterilizarse después del nacimiento de su segundo hijo, antes de que la nueva legislación de la esterilización fuera aprobada. Sin embargo, en el momento de la entrevista, prefería que su esposa se operara. Interesantemente, Roberto no había cambiado de opinión por sí solo:

Luz: La decisión de que yo me quería esterilizar estaba tomada mucho antes de quedar yo embarazada [por tercera vez]. Porque a mi esposo yo le dije que no se esterilizara. Dicen que al varón la esterilización le trae mucho problema. Entonces dije yo: ‘No, y usted está joven’. Y como dice él: ‘Si algún día nos dejamos, usted se va a quedar con los chiquitos’. Porque yo no se los voy a aflojar, y él se va a quedar sin nada, y tal vez él puede rehacer su vida con otra [mujer] y tener otra familia y todo, y si él se esteriliza ya no lo va a poder hacer jamás. Entonces digo yo: ‘No, yo lo hago entonces’. De todos modos dicen que es más fácil para uno (se ríe).

Yo: Y cuando fue que empezaste a pensar en la esterilización?

Luz: Desde hace seis años, cuando nació el segundo. Yo dije: ‘Dos y ya. Uno de cada mano y nada más’. Pero diay, como [la esterilización] no se aprobaba... Yo siempre le decía al doctor y él me decía: ‘No, es que tiene que tener tres [hijos], o tiene que tener treinta y cinco años’. Entonces diay, se pasó el tiempo, llegué a los treinta y cinco [años] y ahora sí son tres [hijos] (se ríe). Ya ahora no hay quite.

Yo: Y cómo fue? Lo hablaste con tu esposo?.

Luz: Ah sí, desde que nació el segundo, ya yo había conversado con mi esposo y me dice: 'Es su cuerpo. Usted sabrá si lo hace o no'.

Yo: Pero él estaba seguro de que tampoco quiere más hijos?

Luz: Sí, en eso sí estábamos de acuerdo los dos, que sólo dos [hijos] queríamos, verdad?, y que era decisión mía si quería operarme o no. En cuanto a eso sí, siempre hemos estado de acuerdo.

Yo: Pero él siente que es tu responsabilidad planificar?.

Luz: No, no. Inclusive él me había dicho que le preguntara al doctor sobre las esterilizaciones en el varón. Y el doctor dijo que para que se la hiciera mi esposo, tendría que ir pagando a una clínica [privada].

Yo: Y él no iría a pagar en una clínica para hacérsela?

Luz: Ya ahora no, para qué va a hacer esa inversión, si con este ya yo tengo tres [hijos] y ya me voy a operar?. Porque definitivamente ya yo no quiero más. Ahora él es el que me dice que si nos dejamos y que si por alguna razón él quiere formar otra familia... Entonces es lógico, como a él le encantan tanto los niños, verdad? que yo quede por aquí con los míos [hijos] y él formar otra [familia] por allá. Pienso que ahora sí lo pensó.

Yo: Pero tus hijos no seguirían siendo hijos de él?.

Luz: Diay sí, pero no estarían con él el tiempo que él quisiera estar con ellos, verdad?

Yo: Y vos qué sentís cuando él dice eso.

Luz: Diay, qué puede sentir uno?. Yo siempre le he dicho a él que no es que uno tenga que estar amarrado a la pareja. Él es libre de tomar otras opciones.

Yo: Y vos no pensás que te podría pasar lo mismo?.

Luz: Diay, pudiera ser, pero es más fácil para el hombre ubicarse que para uno.

Yo: ¿Por qué?

Luz: Diay, primeramente porque yo me quedaría aquí. Tendría a mis tres chiquillos. Ellos [los hombres] son más tranquilos, simplemente zafan y se van. Uno es el que tiene que ver qué hace con la familia. Entonces es más difícil para uno ubicarse con otra pareja.

Yo: Pero y si te ubicaras?. Si te pasara el milagro que te ubicás, no pensás que te podría gustar tener más hijos?.

Luz: Pues, ya a los treinta y cinco [años], qué me quedan de fertilidad?, diez años lo mucho... Lo dudo (se ríe). Es que ya tener más hijos, que va!. Me gustaría quedarme ya con estos tres y punto. Terminar con ellos.

Luz prefería esterilizarse ella y justificaba su preferencia por la esterilización femenina con los posibles efectos secundarios de la vasectomía en los hombres, pero más importantemente, con la importancia de preservar la fertilidad de su marido. Este último punto nos lleva a un hallazgo muy interesante que fue consistente entre todas las mujeres que no querían que sus esposos se esterilizaran, aunque no particular a ellas. La inestabilidad era una amenaza constante; Roberto podía irse en cualquier momento. Pero Luz consideraba que los hijos eran de ella e iban a seguir siéndolo, ello independientemente del estatus de la pareja. Ella no se iba a “aflojar”, y su marido concordaba con ella totalmente. Era principalmente por esta razón que ambos habían acordado preservar la fertilidad de Roberto⁴⁵. A pesar de que ella reconocía que era más fácil para los hombres encontrar una nueva pareja, precisamente porque no tenían los niños a su cargo, no parecía que ella fuera mera recipiente de la “carga” de los niños. El dominio de Luz sobre sus hijos era muy activo, y no simplemente el resultado del hecho de que los hombres usualmente dejan a las mujeres y se olvidan de su prole.

Margarita, a quien introduje con anterioridad, siempre presentó la decisión de esterilizarse como fruto de la pareja. Para ella y su compañero, dos hijos eran lo ideal, y ambos estaban seguros de no querer tener ninguno más. Alexis había estado más que anuente a esterilizarse. No obstante, Margarita prefirió operarse ella:

Margarita: Alexis [marido] decía que él se operaba, pero yo, en mi convicción (se medio ríe), yo creo que el hombre no está capacitado para hacerse la operación.

Yo: Por qué?

Margarita: Mentalmente. O sea, yo creo que mentalmente, ellos no están preparados para eso, porque para mi, ellos creen que el tener hijos está relacionado con... qué sé yo, con la relación sexual en sí. Para mi, ellos piensan, y uno lo ve en la forma en que ellos hablan y conversan, que el hombre que no puede tener hijos no sirve. Eso es lo que ellos piensan. Entonces yo pienso que ellos no están, o sea, el hombre no está preparado.

Yo: Y tu marido incluido?

Margarita: Yo pienso que sí. Él dice que no. Él dice: ‘No no, yo voy!! Es más fácil, pobrecita usted que mire, que esto y que el otro!!’. Pero en resultado, pues no se está haciendo ahora verdad? [en la CCSS], entonces me dice: ‘Bueno, diay, si usted quiere hacérsela usted, está bien’. Entonces yo dije: ‘Sí. Yo me la hago’. Pero en realidad, yo estoy más satisfecha de hacérmela yo. Porque yo digo que de todos modos, si llegara a pasar que algún día nos separamos, porque el amor es así, verdad? tal vez él va a decir: ‘Por qué le hice caso a aquella?!’. Y entonces, yo pienso que él no, o sea, yo pienso... bueno, muy personal, verdad? que ellos no están preparados psicológicamente para eso (se medio ríe). Nosotras, como pasamos por todo, verdad?, los achaques, embarazo, ir a tener el bebé, todo eso, como que decimos: ‘No, no, yo no quiero!’ o sea, definitivamente. Pero yo pienso que él lo hace por mi!. Él me dice: ‘Yo voy para que usted no vaya, para que usted no pase por eso’, verdad?, pero no porque él esté convencido de hacérsela él. Entonces yo digo: ‘Yo voy más contenta a hacérmela yo, porque yo sí estoy bien segura y nunca le voy a hacer un reproche, ni a la doctora que me operó, ni a él, ni a nadie’. Yo, estoy bien segura de mi decisión.

Margarita creía en la importancia de tomar la decisión de la esterilización en pareja, y aun cuando estaba segura de no querer tener más hijos argüía que, si su marido le hubiera dicho que existía la posibilidad de que quisiera tener otro hijo en el futuro, ella hubiera esperado y no se hubiera esterilizado. Situaba la firmeza de su decisión en su experiencia corporal. Era la

inscripción de embarazos, partos, y periodos de lactancia en su cuerpo, lo que le daban a ella, y también a otras mujeres entrevistadas, la certeza de que no se iba a arrepentir de la decisión que estaba tomando. En cambio, su marido iba a vasectomizarse sólo por ella. Pero esto no era todo.

Marianela, con 29 años al momento de la entrevista, había decidido esterilizarse al cumplir los 35. Tenía tres hijos, educación universitaria, y residía en uno de los barrios más adinerados de la ciudad capital. Su marido estaba considerando la posibilidad de esterilizarse, pero ella, al igual que Margarita, había preferido esterilizarse ella. El siguiente es un fragmento de una conversación que tuvimos una mañana en su casa. Marianela me contaba sobre su decisión:

Yo: Y a los 34, 35 [años] qué preferirías?, operarte vos o que se opere tu compañero?

Marianela: Bueno, yo soy de la mentalidad que los hijos son míos. Yo puedo tener X compañero, el que tengo ahorita es muy bueno, como también tuve uno que fue fatal. Creo que la planificación es responsabilidad de los dos, pero creo que al final de cuentas la que tiene el hijo es uno, la que tiene que velar por el niño es uno. Ellos, como me sucedió, eventualmente agarran y adiós, se lavan las manos, y lo ven [al hijo] de vez en cuando!. Y quién es la que se queda con el chiquito? Uno. Entonces creo que soy yo la que está tomando la decisión. A los 35 [años] me opero, le guste o no le guste. Yo me opero porque como te digo, yo mando sobre mi cuerpo y creo que es mi decisión. Mi decisión es operarme a los 35 [años] y yo creo que son mis hijos. Los comparto con él, pero son míos. La que se queda con los chiquitos soy YO. La que ve por los chiquitos soy YO. Entonces, YO no quiero tener más hijos después de los 35 [años]. Ahorita, me halaga la idea de que él esté considerando la vasectomía, que se tome la responsabilidad también. Eso me halaga porque no todos los hombres lo hacen. Me halaga porque digo: ‘Pucha, aquí estamos pensando los dos como pareja!’”.

Marianela fue muy clara también. Esterilizarse era su decisión, en gran medida, porque los hijos eran de ella.

Marlen, a quien introduje con anterioridad, se había esterilizado dos meses antes de nuestra primera entrevista. Lo que sigue es un fragmento de una conversación que tuvimos una tarde en su casa. Estábamos imaginándonos qué hubiera pasado si Marvin hubiera considerado esterilizarse él, posibilidad esta que él nunca consideró:

Yo: Y si se hubiera operado Marvin?

Marlen: Tal vez me hubiera operado también yo, como para tener todo más seguro. Yo digo, como que la operación no se hizo tanto para el hombre sino para la mujer, porque después uno se separa... Yo estaba decidida a no tener más hijos, en cambio Marvin estuvo indeciso un tiempo... Si yo me llegara a separar un día, pues Marvin puede seguir procreando. Yo no, ni estando con otro hombre desearía más hijos. Me basta con dos.

Yo: Y como estás segura que ni estando con otro hombre los desearías? No pensás que podés enamorarte y decir: ‘Ay, me encantaría tener un hijo con esa persona?’.

Marlen: No, es que yo digo que uno puede querer mucho a un hombre y el hombre lo puede querer mucho a uno, pero uno no lo demuestra teniendo un hijo.

Yo: No, no, yo no digo que lo demuestres así, sino que te den ganas de tener un hijo.

Marlen: No, porque soy yo la que lo tengo que ir a tener y todo, y yo no quiero tener más. Ni estando con otro hombre quisiera.

Yo: No entiendo eso que decís de que la operación se hizo para la mujer.

Marlen: Porque los hombres, doctora, digámosle, se separan de una mujer y ya llegan con otra mujer y sí desean tener un hijo con esa mujer.

Yo: ¿Te parece que es así?

Marlen: Yo siento que sí, como que a los hombres sí les gusta estar teniendo un montón de hijos. Digámosle que yo me separe de Marvin, y que él se junte con una mujer y que la quiera tanto como a uno o más que a uno, yo me imagino que él desearía tener un hijo con esa mujer. En cambio, si yo me llegara a separar de Marvin y conociera otro muchacho, lo primero que ese muchacho sabría es que yo soy operada y que yo no puedo tener hijos. Entonces él verá si me acepta o no, verdad?,

Yo: Pero por qué te parece que los hombres cuando encuentran a una mujer quieren tener hijos?

Marlen: Ay eso no sé, pero yo veo eso. Los hombres por todos lados andan dejando güilas botados. Los hombres son así de perros. Ellos desearían estar teniendo un hijo con cada mujer que les gusta en esta vida. Y si Marvin me hubiera dicho: ‘Me la voy a hacer yo’ [la esterilización], lo dejo que se la haga, pero después me opero yo también.

Yo: Pero por qué vos también?

Marlen: Para estar más segura de que ya no voy a poder tener hijos.

Marlen, a diferencia de las otras, estaba imaginando, y en esta modalidad, hubiera dejado que Marvin se esterilizara. No obstante, ella también se hubiera esterilizado. Según ella, para los hombres los hijos estaban íntimamente asociados con las mujeres. Los hombres querían tener hijos con todas mujeres con quienes estaban, y este era el motivo por el cual, la esterilización no les sentaba bien. De hecho, aceptar a una mujer que no podía tener hijos casi que representaba una prueba de amor. Un hombre que amaba una mujer que no podía darle hijos la amaba por su verdadera esencia. Ello debido a que, según una visión prevalente de la cual Marlen era expositora, los hombres querían tener hijos para probar que eran hombres. Una mujer esterilizada era, en cierto modo, una mujer con menor potencial; una mujer con menor potencial para reflejar la hombría de un hombre.

3.4 A modo de conclusión

Ha sido mi intención mostrar como, la esterilización, y particularmente la decisión de esterilizarse, resulta inteligible dentro de ciertas conceptualizaciones de la familia costarricense. Podría proponerse, inclusive, que la esterilización ayuda a reproducir las mismas dinámicas en las cuales calza; que de cierta manera, la esterilización *reproduce*. Eso quiere decir, que la esterilización posibilita cierto tipo de familias: aquellas en las cuales los hijos pertenecen a la mujer.

No obstante, quisiera finalizar abriendo el panorama un poco. Parafraseando el argumento de Marilyn Strathern en otro contexto, *igual* no necesariamente reproduce *igual* (2002:8). La esterilización no sólo reproduce la estructura que la posibilita.

Si bien la mayoría de las esterilizaciones reflejaban y de hecho participaban en las dinámicas que he presentado en este documento, también encontré, dentro y fuera del contexto del trabajo de campo, otras esterilizaciones. Recordemos a Gabriela, cuya madre insistía en que pensara sólo en sí misma (y se esterilizara), pero que desesperadamente quería que su esterilización fuera parte de un proyecto conjunto de pareja. O consideremos a Víctor, un joven con educación primaria y dos hijos, cuyas numerosas hermanas y cuñadas estaban esterilizadas, precisamente porque se encontraban a riesgo de ser abandonadas por sus compañeros, y que quería vasectomizarse porque sentía que sus hijos eran realmente *suyos*⁴⁶. Los hijos que tenía eran parte de su proyecto de vida a largo plazo, ello independientemente de la relación con su pareja.

El que la esterilización pueda encontrar su lugar en contextos tan diversos, y que ayude a alimentar dinámicas tan variadas señala el grado al cual esta cirugía existe como una herramienta —concreta e imaginaria— con la cual los costarricenses configuran el género, la familia y la reproducción.

Notas

¹ La mayoría de los ginecólogos que entrevisté situaron la introducción de la esterilización en el inicio de la década de los 40, y en efecto, algunas de las mujeres que entrevisté podían trazar la esterilización en sus familias hasta esa época. Sin embargo, si se toma en consideración que en países como Puerto Rico, el uso de la esterilización con fines anticonceptivos se remonta a los años 30 (Presser 1974:26), es factible pensar que en Costa Rica también, pudieron haberse realizado esterilizaciones antes de los años 40.

² Como definido en el estudio incluía el Cantón Central de la provincial de San José y ocho cantones circunvecinos.

³ El porcentaje de mujeres esterilizadas se incrementa a 12.1% cuando se toma en consideración únicamente las mujeres que practicaban la anticoncepción (Gómez 1968:76, cuadro 68). Datos de una investigación llevada a cabo en 1970 señalan, que la esterilización era también una práctica común fuera de la ciudad capital, con 9% de las mujeres entrevistadas esterilizadas en la provincia de Heredia y en la ciudad de Limón (Gómez, Raabe, y Bermúdez 1971).

⁴ De todas las mujeres que estaban esterilizadas en 1999, el 95% habían sido operadas en las instituciones de la seguridad social (Chen Mok et al. 2001: 60, cuadro 12).

⁵ El uso dado a la esterilización sería mejor definido como “preventivo”. La esterilización era utilizada para prevenir que sucedieran cosas, o que situaciones se pusiera peor, pero no para curar. Sin embargo, utilizo el término terapéutico porque este es el término con el que comúnmente se la denomina. Para usos similares del término ver Draper (1991:77).

⁶ Si bien existen opiniones técnicas encontradas sobre el estatus legal de la esterilización en el país (Castillo 1984; Beckles n.d.:8; Barguil y Retana 1983:220; Odio et al. 1973:1, 1974:11), existe consenso popular en que la única esterilización que legalmente se permite es aquella que se realiza con fines terapéuticos.

⁷ Las dificultades para mantener las indicaciones terapéuticas separadas de las contraceptivas (“sociales”) son claramente ejemplificado por Lerner (1994), en su análisis del uso dado a la esterilización terapéutica en los casos de pacientes con tuberculosis y enfermedad cardíaca, en U. S. A..

⁸ Los parámetros referentes a la edad y número de hijos, aun cuando arbitrarios, no necesariamente constituyeron un invento nacional. El Manual del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomendaba, en su edición de 1965, que para que una mujer fuera esterilizada debía tener como mínimo, 25 años de edad y 5 hijos, 30 años y 4 hijos vivos o, 35 años y tres hijos vivos (citado en Presser 1978:40-41). Estas recomendaciones eran conocidas como “the rule of thumb”, y de acuerdo a ellas, la edad de una mujer multiplicada por su número de hijos debía ser igual o mayor a 120 para que fuera esterilizada (Shapiro 1985:87, Arnold 1978:11). En el caso de Costa Rica, el uso de los parámetros referentes a la edad de la mujer y el número de hijos pareciera haber sido, principalmente, informal.

⁹ La comisión investigadora concluyó que no había habido tal campaña masiva de esterilización en el país (Sandoval 1979:170).

¹⁰ Aun cuando teóricamente aplicaba a ambos sexos las patologías que justificaban la esterilización afectaban, casi en su totalidad, a las mujeres.

¹¹ El decreto de 1999 liberalizó el acceso a la esterilización también con recurso a la salud, pero esta vez a su “promoción”. Además del artículo 129 del código penal Costarricense, el énfasis dado a la salud sexual y reproductiva por las recientes conferencias de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (ICPD, 5-13

Sept. 1994, Cairo) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer (4-15 Sept. 1995, Beijing) constituyeron alicientes importantes para que el acceso a la esterilización fuera concebido y defendido como una medida de salud.

¹² Este tema se encuentra analizado en profundidad en un artículo a ser publicado, en el 2004, en la revista *Dynamis*.

¹³ Ver Solís y Solís 1971; CCSS 1994: 9-32, cuadro 9.19.

¹⁴ De acuerdo a información de la Defensoría de los Habitantes de la República (1998) 66% de todas las solicitudes de esterilización sometidas, en 1993, a 20 hospitales (17 públicos y 3 privados) fueron aprobadas.

¹⁵ Con esto no quiero decir que la idea de esterilizarse surgiera siempre de la mujer, ni tampoco que todas implicaran un regateo intenso. Muchas de las esterilizaciones eran ofrecidas por los médicos durante las cesáreas. Muy probablemente, esta oferta médica de la esterilización se vea reflejada en el 38% de las mujeres que reportaron haber sido esterilizadas, entre 1990 y 1993, sin que mediara ninguna solicitud oficial del procedimiento (CCSS 1994: 9-32, cuadro 9.18).

¹⁶ El llamado “biombo” implica únicamente el pago ilegal al doctor, y consecuentemente, resulta más barato que someterse a una esterilización en un hospital privado.

¹⁷ La encuesta reproductiva de 1993 calculó que un 10% de las esterilizaciones fueron pagadas (ilegalmente) en las instituciones de la seguridad social (CCSS 1994: 10-16, cuadro 10.8).

¹⁸ A modo de ejemplo, ver Zamora (1999:11A).

¹⁹ Carranza María. 2003. “Making sense of common sense: Female sterilisation in Costa Rica”. Tesis de Doctorado: University of Cambridge.

²⁰ Entrevisté mujeres residentes en diversas partes del Valle Central (áreas rurales y urbanas), con edades, situación económica y nivel educativo formal diverso, embarazadas y no embarazadas al momento de tomar la decisión de esterilizarse, y usuarias de los servicios públicos y privados. Variaban también en su status civil, credo religioso, afiliación política, ocupación y experiencia previa con otros anticonceptivos, entre otros.

²¹ El Valle Central, como su nombre lo indica, es un valle situado en el centro del país. Incluye las ciudades capitales de cuatro de las siete provincias del país, así como también áreas rurales y urbanas, y concentra, aproximadamente, el 60% de la población del país.

²² En el marco del decreto aprobado en 1999, el “proceso de esterilización” implica la asistencia a una sesión grupal de información, denominada Consejería, a veces una cita individual con un médico o enfermera para discutir los preparativos para la cirugía, y la cita de la cirugía. Generalmente pasan varios meses entre el momento en el que la mujer solicita la cirugía y el momento mismo de la operación. Cinco de las 20 mujeres no consideraban la esterilización como una opción y por ese motivo fueron seleccionadas para la entrevista.

²³ Algunas de las mujeres fueron contactadas a través de otras mujeres.

²⁴ Raquel era una mujer adinerada con educación de postgrado. Se esterilizó a los 30 años, después del nacimiento de su tercer hijo.

²⁵ La importancia del rol desempeñado por la madre de la mujer y otros familiares en la decisión de esterilizarse también ha sido también reportada en Brasil (Serruya 1996:133-134).

²⁶ Todos los nombres son pseudónimos.

²⁷ Durante estas visitas, los casos son discutidos entre diversos médicos.

²⁸ En 1993, en Costa Rica, 7-10% de las parejas que tenían entre 5-9 años de cohabitar se encontraban esterilizadas. Este porcentaje se incrementa en 10 puntos cada cinco años, alcanzando un 40% a los 20-24 años de matrimonio (CCSS 1994:9-10). En USA, la esterilización es utilizada por tres cuartos de todos los matrimonios que permanecen casados (Bumpass, Thompson, y Godecker 2000:937).

²⁹ Estudios demográficos recientes realizados en USA han empezado a prestar atención a la esterilización entre mujeres no unidas, y han propuesto que la esterilización es frecuentemente resultado de una decisión individual, y que el número de hijos, más que si la mujer está casada o no, podría ser mucho más relevante en la decisión de esterilizarse (Bumpass, Thompson, y Godecker 2000:940). Ver también Godecker, Thompson, y Bumpass (2001).

³⁰ En contraposición, los relativos bajos niveles de esterilización en Jamaica, si comparados con los de otros países en vías de desarrollo, han sido interpretados en términos de la naturaleza relativamente inestable de las uniones en dicho país. En busca de estabilidad, las mujeres jamaicanas podrían considerar el tener otro hijo con un nuevo compañero y consecuentemente, evitarían la esterilización (Bailey, Wynter, y Lee 1998:622-623).

³¹ Sobre la base de grupos focales conducidos en una zona rural de Costa Rica, Glaser propone que las mujeres que viven en unión consensual podrían tener hijos con la finalidad de crear estabilidad en la relación (1998:70).

³² Definida por los autores como “mujeres que no conviven con un compañero y que viven con al menos un niño de 13 años o menor” (Budowski y Rosero Bixby 2001:115)

³³ No quiero transmitirle al lector la impresión que estas mujeres eran meras recipientes de la inestabilidad. Sin bien de acuerdo a sus historias, eran los hombres los que frecuentemente arruinaban las cosas, ellas no consideraban que fuera deber de la mujer el tratar de restaurar la estabilidad.

³⁴ La diferencia con sus maridos, quienes frecuentemente también tenían hijos fuera del matrimonio, era, que los hijos extramaritales de las mujeres eran incorporados en la familia, en todos los casos, con el conocimiento del esposo.

³⁵ La promoción que las madres hacen a la esterilización también resulta evidente en el análisis de Lopez sobre la esterilización entre mujeres puertorriqueñas residentes en Nueva York (1998:250).

³⁶ Ver también Vega Robles (1994:42-43). Le agradezco a Isabel Vega por haberme indicado el trabajo del Eugenia López en esta materia.

³⁷ En su etnografía sobre una zona urbana de México, Napolitano también señala la manera en que las mujeres funcionan como intermediarios entre padres e hijos (2002:162).

³⁸ A modo de ejemplo, ver Madden (citada en Seiler 2001:119).

³⁹ En su estudio sobre la esterilización entre mujeres puertorriqueñas residentes en Nueva York durante el inicio de los años ochenta, Lopez también encontró que los hombres raramente objetaban la decisión de sus esposas de esterilizarse (1998:251). Por el contrario, Henderson encontró que los compañeros de las mujeres que ella entrevistó en Puerto Rico, en el inicio de la década del 70, frecuentemente se oponían a la esterilización, y que sólo la aprobaban “bajo presión de la mujer o como recomendación médica” (1976:230. Traducción mía).

⁴⁰ También supe de casos de maridos que habían firmado cartas mientras estaban borrachos, o a quienes se les había hecho creer que consentían a otro tipo de cirugía.

⁴¹ Para una interpretación similar acerca de las razones que mueven a las mujeres de Bangladesh a adoptar el uso de anticonceptivos sin el consentimiento de sus maridos y más tarde confesarles dicho uso, ver Stark (2000:192-193). La autora también cuestiona el que los maridos de estas mujeres realmente desconocieran que ellas hacían uso de anticonceptivos.

⁴² Explicaciones similares para la baja prevalencia de esterilizaciones masculinas han sido propuestas en Finlandia (Hemminki, Rasimus y Forssas 1997:1882-1883), y Alemania (Dölling, Hanh, and Scholz 2000:135).

⁴³ Análisis demográficos recientes han prestado atención a la esterilización entre mujeres no unidas y propuesto, que la alta prevalencia de la esterilización se debe también a la alta prevalencia de esta cirugía entre mujeres no unidas (Godecker, Thompson, and Bumpass 2001:41).

⁴⁴ En Costa Rica, el término machismo tiene connotaciones negativas. Es frecuentemente utilizado por hombres y mujeres como un insulto (machista!), para designar a un hombre que no tiene consideración por una mujer, pero principalmente, que siente que puede hacer lo que le de la gana, sin ofrecer ninguna explicación al respecto.

⁴⁵ ES importante señalar, que la “necesidad” de preservar la fertilidad de Roberto derivaba, en gran medida, del lugar central que los niños ocupaban en su vida. Si bien una percepción difundida es que “los niños pertenecen a la mujer”, era ampliamente reconocido entre las mujeres que entrevisté, que los niños eran fundamentales para los hombres también, y no necesariamente para obtener reconocimiento público de su virilidad. Literatura reciente de las ciencias sociales ha también prestado atención a la relación padre-hijos y a la importancia de esta relación en la configuración de las masculinidades en América Latina, Costa Rica incluida (Gutmann 1996, Chant 2000).

⁴⁶ Finalmente no se esterilizó porque la seguridad social no le ofrecía la vasectomía pero sí le ofrecía, a su esposa, la esterilización posparto.

Referencias

-
- Arnold, Charles B. 1978. Public Health Aspects of Contraceptive Sterilization. En *Behavioral-Social Aspects of Contraceptive Sterilization* (eds) S.H. Newman y Z.E. Klein. Lexington, Massachusetts, Toronto: Lexington Books.
- Bailey, Wilma, Hugh Wynter y Amy Lee. 1988. Women in Search of Stability. *Social Science and Medicine* **26**, 619-623.
- Barguil, Zaida y Luz Retana. 1983. La Esterilización Femenina: sus Aspectos Jurídicos, Médicos, Demográficos y Socio-políticos en Costa Rica. Licenciatura en Derecho: Universidad de Costa Rica.
- Beckles, Virginia. n.d. La Esterilización en su Nueva Reglamentación. *IVSTITIA*, 7-8.
- Budowski, Mónica & Luis Rosero Bixby. 2001. La Costa Rica sin Padres: El Reconocimiento de la Paternidad y la Pensión Alimentaria. En *Población del Istmo 2000: Familia, Migración, Violencia y Medio Ambiente* (ed.) L. Rosero Bixby. San José: Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población.
- Bulatao, Rodolfo. 1989. Toward a Framework for Understanding Contraceptive Method Choice. En *Choosing a Contraceptive: Method Choice in Asia and the United States* (eds) R.A. Bulatao, J.A. Palmore y S.E. Ward. USA: Westview.
- Bumpass, Larry. 1987. The Risk of an Unwanted Birth: The Changing Context of Contraceptive Sterilization in the U.S. *Population Studies* **41**, 347-363.
- Bumpass, Larry L., Elizabeth Thompson y Amy L. Godecker. 2000. Women, men, and contraceptive sterilization. *Fertility and Sterility* **73**, 937-946.
- CCSS-Caja Costarricense de Seguro Social. 1994. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993: Fecundidad y Formación de la Familia*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social, Programa de Salud Reproductiva.
- Carranza, María y Alfredo Gei. 2002. "Sólo Dios Sabe Por Qué Hace las Cosas": *Mortalidad Materna en Costa Rica*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Castillo, Francisco. 1984. *La Esterilización Voluntaria en el Derecho Penal Costarricense*. San José: PASDIANA.
- Chant, Sylvia. 2000. Men in Crisis? Reflections on Masculinities, Work and Family in North-West Costa Rica. *The European Journal of Development Research* **12**, 199-218.
- Chant, Silvia y Nikky Craske. 2003. *Gender in Latin America*. London: Latin American Bureau.
- Chen Mok, Mario, Luis Rosero Bixby, Gilbert Brenes, Miriam León, María I. González y Juan C. Venegas. 2001. *Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. San José: Copieco.
- Defensoría de los Habitantes de la República. 1998. La Esterilización y los Derechos Humanos (ed.) L. Martín, A. Mora y M.E. Montiel. Documento presentado en el taller "Propuesta de Modificaciones al Reglamento de Esterilizaciones" organized by the Comité de Reproducción Humana del Colegio de Médicos y Cirujanos, 31 de julio 1998, San José.
- Dölling, Irene, Daphne Hahn y Sylka Scholz. 2000. Birth Strike in the New Federal States: Is Sterilization an Act of Resistance? En *Reproducing Gender: Politics, Publics, and Everyday Life After Socialism* (ed.) S. Gal y G. Kligman. New Jersey: Princeton University Press.
- Draper, Heather. 1991. Sterilization Abuse: Women and Consent to Treatment. En *Protecting the Vulnerable: Autonomy and Consent in Health Care* (ed.) M. Brazier y M. Lobjoit. London y New York: Routledge.
- Glaser, Karen. 1998. Consensual Unions in Two Costa Rican Communities: An Analysis Using Focus Group Methodology. *Journal of Comparative Family Studies* **29**, 57-77.

-
- Godecker, Amy L., Elizabeth Thompson y Larry L. Bumpass. 2001. Union Status, Marital History and Female Contraceptive Sterilization in the United States. *Family Planning Perspectives* **33**, 35-41 & 49.
- Gómez, Miguel. 1968. *Informe de la Encuesta de Fecundidad en el Área Metropolitana*. San José: Universidad de Costa Rica. Instituto Centroamericano de Estadística.
- . 1986. Aspectos Demográficos de la Esterilización Femenina en Costa Rica. En *Octavo Seminario Nacional de Demografía*. San José: Asociación Demográfica Costarricense, Dirección General de Estadísticas y Censos, Escuela de Estadística Universidad de Costa Rica, Instituto de Estudios Sociales en Población.
- Gómez, Miguel, Carlos Raabe y Vera Bermúdez. 1971. *Práctica Anticonceptiva y Uso de los Servicios de Planificación Familiar en Costa Rica Según Encuestas Recientes*. San José: Universidad de Costa Rica, Departamento de Estadística, Escuela de Ciencias Económicas. Asociación Demográfica Costarricense.
- Gutmann, Matthew C. 1996. *The Meanings of Macho: Being a Man in Mexico City*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Hemminki, Elina, Anja Rasimus y Erja Forssas. 1997. Sterilization in Finland: From Eugenics to Contraception. *Social Science and Medicine* **45**, 1875-1884.
- Henderson, Peta M. 1976. Population Policy, Social Structure and the Health System in Puerto Rico: The Case of Female Sterilization. Tesis de Doctorado: University of Connecticut.
- Kuper, Adam. 1999. *Culture: The Anthropologists' Account*. Cambridge, Massachusetts/London, England: Harvard University Press.
- Lerner, Barron H. 1994. Constructing Medical Indications: The Sterilization of Women with Heart Disease or Tuberculosis, 1905-1935. *The Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* **49**, 362-379.
- López, Eugenia. 1977. La Mujer de Estrato Socioeconómico Bajo en Costa Rica, un Ejemplo de Marginalidad Múltiple. Tesis Licenciatura: Universidad de Costa Rica.
- Lopez, Iris. 1998. An Ethnography of the Medicalization of Puerto Rican Women's Reproduction. En *Pragmatic Women and Body Politics* (eds) M. Lock y P.A. Kaufert. Cambridge: Cambridge University Press.
- Napolitano, Valentina. 2002. *Migration, Mujercitas, and Medicine Men: Living in Urban Mexico*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California.
- Odio, Elizabeth, Bryan King Rodríguez, María A Soto Gamboa, Sonia L Zuñiga y Luisa M Quesada. 1973. *El Derecho y la Población en Costa Rica*. Universidad de Costa Rica. Facultad de Derecho.
- . 1974. *El Derecho y la Población en Costa Rica*. Universidad de Costa Rica. Facultad de Derecho. Segunda Parte.
- PEN-Poyecto Estado de la Nación. 1998. *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Cuarto Informe 1997*. San José: Proyecto Estado de la Nación.
- Presser, Harriet B. 1974. *La Esterilización y el Descenso de la Fecundidad en Puerto Rico*. Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, Bogotá. The Population Council, New York.
- . 1978. Contraceptive Sterilization as a Grassroots Response: A Comparative View of the Puerto Rican Experience. En *Behavioral-Social Aspects of Contraceptive Sterilization* (eds) S.H. Newman y Z.E. Klein. Lexington, Massachusetts Toronto: Lexington Books.
- Reuben, Sergio. 2001. Política Social y Familia. En *Población del Istmo 2000: Familia, Migración, Violencia y Medio Ambiente*. (ed.) L. Rosero Bixby. San José: Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población.

-
- Sandoval, Guillermo. 1979. Los Programas de Población en Costa Rica: El Caso de la Investigación Legislativa. 1976. Tesis de Licenciatura: Universidad de Costa Rica.
- Seiler, Naomi. 2001. Sterilization, Gender, and the Law in Costa Rica. *Yale Human Rights & Development L. J.* **4**, 109-129.
- Serruya, Suzanne. 1996. *Mulheres Esterilizadas: Submissão e Desejo*. Belem: NAEA/UFPA/UEPA.
- Shapiro, Thomas M. 1985. *Population Control Politics: Women, Sterilization, and Reproductive Choice*. Philadelphia: Temple University Press.
- Solís, Oscar y Vilma Solís. 1971. *Análisis de Ochocientas Veintidos Salpingectomías Realizadas en Hospital Dr. Calderón Guardia*.
- Stark, Nancy. 2000. My Body, My Problem: Contraceptive Decision-Making Among Rural Bangladeshi Women. En *Contraception Across Cultures: Technologies, Choices, Constraints* (eds) A. Russell, E.J. Sobo y T.M. S. Oxford, New York: Berg.
- Strathern Marilyn. 2002. Resistance, Refusal and Global Moralities. Ponencia presentada en The May Gender Lectures, Easter Term, University of Cambridge, 2002.
- Vega Robles, Isabel. 1994. Diversidad Familiar en Costa Rica: Un Análisis Tipológico en la Región Metropolitana. *Actualidades en Psicología* **9**, 1-59.
- Williams, Timothy, Gabriel Ojeda y Miguel Trias. 1990. An Evaluation of PROFAMILIA's Female Sterilization Program in Colombia. *Studies in Family Planning* **21**, 251-264.
- Zamora Iris. 1999. Derecho a decidir sobre nuestro cuerpo. *La República*, 19 julio, p. 11^a, San José.