



LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA EN EL PLAN BOLÍVAR 2000. ¿PRÁCTICA CONSCIENTE O INDUCIDA INSTITUCIONALMENTE?

ALEIDA URDANETA / NEIDA BRACHO

En este estudio se reflexiona sobre las salpingectomías practicadas a mujeres ubicadas en estratos socioeconómicos bajos, en una institución pública, el Hospital Universitario de Maracaibo, en Venezuela, en el marco de un operativo cívico-militar de esterilización, iniciado el 27 de febrero de 1999.

Se reflexiona sobre la institucionalización de esta práctica, desde tres actores principales, las mujeres organizadas, o más que de ellas, de sus logros, expresados en leyes, en el largo camino recorrido en sus luchas reivindicativas; los agentes de salud del Estado, encargados de la implantación del plan, y las "otras mujeres", protagonistas silenciosas e invisibles, quienes asumieron la salpingectomía como una reivindicación postergada. Se enfatiza en sus conductas sexuales y reproductivas, que son la expresión de la contrastación de sus viejos y nuevos roles sexuales y de cuya observancia se pudo extraer si la esterilización fue consciente o inducida.



Se toma el multiculturalismo como hilo conductor, haciendo sentido con el proceso creciente de diferenciación social interna que se vive en el ámbito mundial, nacional, regional y local, con la presencia en ellos de diferentes códigos culturales. Hoy, en Venezuela, se han puesto sobre la palestra pública diferenciaciones y discriminaciones sociales que por años estaban internalizadas en las entrañas mismas de los grupos, como serían los enfrentamientos entre pobres y ricos, y más aún, entre pobres y pobres, pobres e indigentes, indigentes y más indigentes, los cuales se han vuelto bandera política de “la Revolución Bonita” del actual presidente de la República.

El multiculturalismo, en su versión actual, está vinculado a dos hechos sociales significativos: el primero, la emergencia de grupos sociales que anteriormente eran invisibles, uno de

ellos las mujeres; el segundo, los conflictos vinculados a las relaciones interculturales.¹

¹ Rosa Cobo. “Multiculturalismo, democracia paritaria y participación política”, en *Política y Sociedad*, núm. 32, Madrid, 1999.

Se asume como una noción descriptiva, como un hecho social cuya tendencia es marcar las diferencias y singularidades y, más específicamente, la reacción resistencial de los grupos minoritarios a perder su identidad cultural, étnica, religiosa, de género o de otro tipo.

En ningún momento se profundiza en alguna de las dimensiones del multiculturalismo, ya que no constituye el objeto de esta investigación. Más bien, se hace un paseo por algunos rasgos esenciales que aparecen relacionados con la am-



pliación de las percepciones “del sí mismo”, las posibilidades de elección y de decisión, y con la autodeterminación, específicamente la autodeterminación sexual y reproductiva de las mujeres, sujetos protagonistas de profundas transformaciones sociales.

Se reconoce que el multiculturalismo como hecho social no es nuevo, siempre ha existido, sólo que hoy día se hace hincapié en destacar la singularidad de cada cultura en la sociedad; de tal manera, es una tendencia adscrita al modernismo. Ha favorecido que grupos que permanecían invisibles, rezagados e indiferentes, apegados a modelos establecidos en nuestras “democracias”, salgan y se descubran como integrantes de la sociedad con iguales derechos; es decir, como partes del colectivo social.

Dentro de este grupo se destacan las mujeres, que han sido históricamente reprimidas y vilipendiadas por el modelo patriarcal establecido en nuestras sociedades. Mujeres que hoy empiezan a hacerse sentir desde sus comportamientos que ya no son estancos. Alicia Puleo² afirma que ya “no existe la forma tradicional de patriarcado tipo jaula con compartimientos estancos donde una mujer tenía diferentes opciones excluyentes: monja, ama de casa, solterona, prostituta”. Hoy, según la misma autora, “la mujer puede obrar en libertad, pero en realidad está obedeciendo nuevas consignas sociales”.

² Alicia Puleo. “Patriarcado”, en *10 Palabras clave sobre mujer*. Estella, Navarra, 1995.



Hoy las mujeres están abandonando el papel de actoras invisibles en la conducción de la sociedad y empiezan a asumir un rol clave como protagonistas de cambios sociales importantes y en la conformación de su identidad de género. Entienden o empiezan a entender que “lo femenino” y “lo masculino” no son hechos naturales, sino representaciones del sexo construidas socialmente. El pensarse mujer u hombre no es una adscripción natural, nació y se desarrolló con el estímulo social en cada etapa del ciclo de vida: la niñez, la adolescencia y en la adultez, y en cada momento de ésta.

En *El segundo sexo*, Simone de Beauvoir señala que: “no se nace mujer; se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; es el conjunto de la civiliza-

³ Simone de Beauvoir. *El segundo sexo*. Aguilar, Madrid, 1982, p. 247.

ción el que elabora ese producto... al que se le califica de femenino”.³

La multiculturalización, como hecho social, ha favorecido que esas jerarquizaciones construidas socialmente se visualicen y las mujeres se perciban “en el sí misma” como un grupo o actoras del colectivo social que luchan por lo que históricamente les ha sido negado, como es la igualdad de derechos y la libertad para decidir a conciencia sobre lo que les concierne en consideración a sus diferencias, sean éstas de clases, culturales, de género, étnicas, sexuales o de cualquier otro tipo. Son estas diferencias las que las singularizan dentro del colectivo social y las incitan a luchar por derechos especiales



—no discriminantes— como el derecho a decidir voluntariamente acerca de sus prácticas sexuales y reproductivas. Aun dentro de su grupo, ellas esperan que se les reconozcan sus diferencias de edad, estado civil, nacionalidad, instrucción, etnia, religión, condición social u otras de las características que las particularizan.

Las mujeres perciben que tienen derecho a decidir según sus propias necesidades o prioridades en lo que atañe al uso privado de su cuerpo, en la medida que cualquier decisión afecte su vida, sus creencias y bienestar físico y espiritual.

En estas últimas consideraciones en torno al nuevo sentido que tiene la vida para las mujeres, en cómo se perciben a sí mismas, internalizan nuevos códigos para representarse lo social y asumen para sí un nuevo rol, específicamente un nuevo rol sexual y reproductivo, que es donde se fincan las reflexiones que se hacen en el presente artículo.

En concreto, ¿qué se hace? Se reflexiona sobre las experiencias sexuales y reproductivas de un grupo de mujeres que se practicaron la salpingectomía en unas jornadas cívico-militares de esterilización implantadas por agentes de salud del sector oficial, en un hospital público del municipio de Maracaibo del estado Zulia, Venezuela.

¿Para qué se hace?, por un lado, para lograr un acercamiento a la diversidad de manifestaciones que expresan las formas del sentir femenino, el amor, la relación de pareja, la maternidad, las relaciones de poder y, en general, de otras expre-



siones de su ser femenino o masculino. Por el otro, para mostrar que al aceptar esterilizarse, las mujeres se apropiaron de un derecho humano básico, consagrado en la Constitución, como es el derecho a decidir libremente, sin discriminaciones de ningún género, sobre qué hacer con su sexualidad y procreación; derecho que en largas luchas históricas ha sido promovido por el grupo de feministas instaladas en la academia y en las altas esferas de poder, pero que hasta ahora no había llegado a “las otras mujeres”, las más pobres.

¿Cómo se recogió la información? En una primera fase, en entrevistas directas a algunos funcionarios gubernamentales, claves en la implantación del plan de esterilizaciones. Se recogió información sobre el inicio del operativo, campaña oficial de esterilización, estratos socioeconómicos hacia donde se dirigió, criterios establecidos para permitir las esterilizaciones, suspensión del plan y factores que influyeron en esta decisión. En un segundo momento se aplicó un cuestionario semiestructurado a un número limitado de mujeres, 21 de las 41 mujeres que, según el registro de historias clínicas del Hospital Universitario de Maracaibo, concurrieron a esterilizarse en las jornadas cívico-militares de esterilizaciones, donde se recogieron datos sobre percepción del rol, ejercicio de la sexualidad y comportamiento reproductivo, en relación con sus características sociodemográficas.

¿Cómo se hizo? Por tres caminos, entre muchos otros. Primero, el diseño utilizado en la investigación es exploratorio,



ya que por ser una experiencia nueva en Venezuela es un tema poco estudiado y apenas empieza a adquirir relevancia en la actualidad por el grupo hacia el cual se focalizó la práctica de la esterilización: mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos; segundo, se estudian tres dimensiones que se creen vitales en la identidad genérica de las mujeres, como son su percepción de rol, el ejercicio de la sexualidad y el comportamiento reproductivo, las cuales se analizan desde los significados que éstas le dan a su mundo más inmediato, el de la percepción proveniente de su cotidianidad doméstica; tercero, se establecen las siguientes premisas:

- a. Las mujeres han hecho conciencia de su rol, de su historia represiva, de la importancia de sus derechos; de mujer pasiva, indiferente y sumergida en el oscurantismo, se hacen actoras sociales que incursionan en la vida social con protagonismo. Conciencia que responde a cambios profundos en el quehacer femenino y masculino en el denominado primer mundo, en América Latina y en espacios nacionales, regionales y locales más inmediatos como el vecindario o el barrio.
- b. Independientemente de la intencionalidad político-partidista, que no es motivo de reflexión en este momento, el plan de esterilizaciones femeninas representa una concreción de las deman-



- das femeninas de participación en la toma de decisiones en general y, en particular, en las decisiones reproductivas, durante mucho tiempo no satisfecho.
- c. La institucionalización de la esterilización aparece como un mecanismo o acción que contribuye a concretar expectativas femeninas de potenciación personal o empoderamiento (autonomía y poder de decisión).
 - d. Las experiencias sexuales y reproductivas de las mujeres esterilizadas no son homogéneas, se han forjado socialmente en la especificidad de su participación en los distintos ámbitos de la vida social, en la diversidad y pluralidad de sus experiencias como clase, aun dentro de su clase, origen étnico, raza, religión, cultura; atendiendo a perfiles sociodemográficos: edad, nacionalidad, condición civil, nivel de instrucción y situación económica, entre otras muchas.
 - e. Si bien las nuevas representaciones sociales sobre los roles asignados culturalmente a hombres y mujeres (roles de género) están teniendo un importante impacto en las relaciones de la vida laboral y familiar, las mujeres, especialmente "las otras mujeres", las más pobres, las que no tienen acceso a la academia y a las altas esferas



del poder, siguen percibiéndose en su relación con los hombres, en cómo viven las relaciones de poder al interior de la unidad doméstica, en su rol socialmente prescrito: el doméstico. Percepciones que están matizadas por su sexualidad o el conjunto de ideas, valores y experiencias vividas respecto al sexo, el cual se define por los genes.

¿PROTAGONISTAS O ACTORAS INVISIBLES DE CAMBIOS SOCIALES IMPORTANTES?

Durante largos periodos históricos, las organizaciones de mujeres han logrado vindicaciones importantes para el grueso de su grupo: derecho al sufragio, al trabajo, a la salud, a la educación, derechos sexuales y reproductivos, acceso a altos puestos de representación política, entre otros. Sus luchas se han concretado en legislaciones contra la violencia hacia la mujer, por paternidad irresponsable, contra la mutilación genital y otros derechos básicos de seguridad como la propiedad y la herencia. Hoy, particularmente, luchan por darle visibilidad como actoras sociales a aquellas otras que desde su espacio cotidiano más inmediato, el municipio, la parroquia, el barrio o cualquier vecindario, han tenido una larga tradición de opresiones y discriminaciones. Igualdad y libertad son dos fundamentos importantes de sus luchas. Igualdad



de todas ante la ley con respeto a sus diferencias de raza, religión, clase, cultura u otro tipo de identidad genérica. Para Rosa Cobo: "La opresión de género ha constituido el fundamento de su identidad como colectivo", pues aun en sus di-

⁴Rosa Cobo. "Multiculturalismo, democracia paritaria y participación política", en *Política y Sociedad*, núm. 32, Madrid, 1999.

ferencias, tienen en común con su grupo su condición de oprimidas.⁴

En Venezuela, los movimientos femeninos han avanzado mucho en la eliminación de legislaciones discriminatorias contra la mujer: derecho al sufragio, reforma al código civil, eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Ley de igualdad de oportunidades, Ley sobre la violencia contra la mujer y la familia, entre las más importantes.

Se inician también nuevas formas de institucionalidad gubernamental, el Ministerio para la Participación de la Mujer en el Desarrollo en 1978; el Ministerio de la Familia en 1987; el Ministerio de Estado para la Promoción de la Mujer en 1989; en la reforma de la Ley Orgánica del Trabajo en 1991, se aprueba el fuero maternal; en 1992 se decreta la creación del Consejo Nacional de la Mujer, hoy Instituto Nacional de la Mujer. Durante 1993 se aprobó la Ley de igualdad de oportunidades para la mujer. En 1999 se inicia el proceso constituyente y entra en vigencia la Ley contra la violencia hacia la mujer y la familia.

Desde 1993, en el país se vienen ratificando todos los tratados internacionales de protección de los derechos de las



mujeres y los derechos humanos, y los contenidos de la Constitución están impregnados del derecho internacionalmente aceptado de la igualdad real y efectiva de todos los ciudadanos, independientemente de su pertenencia a una etnia, raza, clase, religión o cualquier otra especificidad de género.

Hoy, especialmente el grupo de mujeres instaladas en las altas esferas del poder, en la Asamblea Nacional, están solicitando la inclusión en las voces reivindicativas de “las otras mujeres”, las que observan desde su realidad cotidiana cómo son olvidadas y hasta vilipendiadas. Estas mujeres, hasta ahora invisibles, empiezan a organizarse, percibiéndose a sí mismas con iguales derechos, aun en sus diferencias genéricas.

Desde el proceso mismo constituyente, las assembleístas han hecho bandera política con la temática de los derechos humanos en general, y en específico, con los derechos reproductivos, que incluyen la libertad de decidir, responsablemente, en unión de su pareja y sin coacciones ni discriminaciones de ningún tipo, en torno a si tener hijos o no, número, espaciamiento de los embarazos, intervalos entre éstos, así como a disponer de información y medios adecuados para alcanzar un mayor disfrute de su salud sexual y de la reproducción.⁵

⁵ ILDIS, FPEG. “Modelo democrático venezolano con perspectiva de género”, en *Seminario*. Caracas, septiembre, 2002.

Está contemplado como derecho reproductivo la preparación oficial de programas de salud reproductiva para atender a las necesidades de las mujeres en lo que atañe a la consecución de objetivos de procreación, en un



marco que favorezca condiciones óptimas de salud, responsabilidad y bienestar familiar. El operativo de esterilizaciones femeninas, adscrito al Plan Bolívar 2000, formalmente se presentó como un programa innovador para que las mujeres que no habían podido suprimir la fecundidad lo acogieran, aunque en la actualidad se ha convertido en un instrumento partidista del gobierno.

**EL PLAN BOLÍVAR 2000.
INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA
ESTERILIZACIÓN: UNA CONCRECIÓN
DE EXPECTATIVAS FEMENINAS**

No se va a entrar en una discusión acerca de si el operativo de esterilizaciones femeninas, enmarcadas en la acción médico-asistencial del Plan Bolívar 2000 en Venezuela, fue la mejor opción en materia de autodeterminación reproductiva: para muchos⁶ fue una posición política que se adoptó para amputarle el vientre a las mujeres pobres y palearles la pesada carga de su condición social.

⁶ Fue la posición asumida por los clérigos, demógrafos de academia, empresarios, médicos especialistas de los hospitales y en consultas en clínicas privadas y por muchos sectores de los estratos socioeconómicos alto y medio.

Interesa, para los fines de esta reflexión, señalar que la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo fue una medida de atención de salud reproductiva que, amparada en criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), le reconoció a las mujeres, especialmente a las ubi-



cadadas en los estratos socioeconómicos más bajos, el derecho a tomar, junto a su pareja, con libertad y libre de toda discriminación, sus decisiones reproductivas.

El operativo cívico-militar de esterilizaciones femeninas se inició en Venezuela a partir del 27 de febrero de 1999, adscrito a la unidad de Salud de la Comisión Interministerial del Plan Bolívar 2000. En el estado Zulia, estas jornadas se realizaron en los municipios San Francisco y Maracaibo. En este último se realizó el estudio. Fueron tres las fases del Plan Bolívar 2000: diagnóstica, curativa y referencial. En la última se incluyeron salpingectomías colectivas para mujeres multíparas o con maternidad satisfecha que por las carencias impuestas por su extrema pobreza no habían podido acceder a clínicas privadas, espacios de atención de salud donde desde hace años se venían practicando esterilizaciones a hombres y mujeres, de los estratos sociales alto y medio.

Una campaña oficial invitó a las mujeres a asistir a las jornadas de esterilización. Con la institucionalización de la práctica de la esterilización femenina se les reconocen a este grupo de mujeres, las más pobres, independientemente de que la ley sea para todas, sus aspiraciones en lo que atañe al uso privado de su cuerpo acorde con sus necesidades y cambios de creencias.

Según las opiniones emitidas por los agentes de Salud encargados del diseño e implantación del Plan: diseñadores, planificadores, coordinadores y supervisores, médicos y paramédicos,



la esterilización era una aspiración de las mujeres que habían postergado por mucho tiempo. “El operativo de esterilizaciones femeninas del Plan Bolívar 2000, amparado en principios de igualdad y libertad consagrados en la constitución nacional fue un mecanismo creado para hacerle frente a las discriminaciones, exclusiones y agresiones en las relaciones entre

⁷ Coordinador regional de Salud del Plan Bolívar 2000, coronel Roque Faría.

hombres y mujeres, y aun, entre las mismas mujeres”.⁷

En este sentido, la eliminación de la prohibición de la esterilización femenina marca el tránsito de una igualdad formal —legalizada— a una igualdad real —concreción de expectativas— sin distinción de clases, origen étnico, religión, cultura, entre otras, en lo referente a decisiones reproductivas.

LAS MUJERES ESTERILIZADAS. COMPORTAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO

Las mujeres que más apoyaron la campaña oficial de esterilización fueron quienes vivían en zonas de alta pobreza, en barrios alejados de los principales entramados urbanos. No fue fácil localizarlas. Por su misma precariedad económica buscan y cambian continuamente su lugar de residencia habitual. Han vivido no importa dónde; rodeadas, por un lado, de otras mujeres cuya identidad ha tenido también como eje la maternidad, y de hombres que viviendo su identidad como varones tienen intereses e interpretaciones



de su mundo cotidiano muy diferentes: amor, pareja, sexualidad, paternidad. Las más de las veces, sin conciencia de que son prescripciones sociales construidas culturalmente.

Este grupo de mujeres, como muchas otras de este país y de Latinoamérica, construyeron su identidad femenina en torno a la maternidad, a la sumisión, a la necesidad de demostrar que son buenas esposas, madres y amas de casa y a un rol sexualmente pasivo, que les impelía a pensar en otras personas para darles satisfacción y no en ellas mismas. Un papel sobre “el qué hacer” que traspasó todas sus experiencias sociales definiéndoles los contornos de su propia actuación respecto a sí mismas en el ejercicio de su sexualidad y sus opciones reproductivas.

La salpingectomía les llega como caída del cielo, como una opción válida para asumir, sin presiones y discriminaciones de ningún tipo, la decisión de concurrir a las jornadas de esterilización del Plan Bolívar 2000. Decisiones que tomaron porque son ellas las que tienen la mayor responsabilidad en el cuidado y crianza de los hijos y en la resolución de los problemas de salud y educación del grupo familiar, lo cual, obviamente, está conectado a sus representaciones de lo femenino y lo masculino. De las mujeres esterilizadas, 66.66% mantiene aún fuertemente interiorizados sus roles de sexo; percibe que su sexo biológico es lo que las identifica como mujeres y las limita para ejercer roles distintos a los domésticos.



Casi todas (80.95%) se perciben en relación con su pareja e hijos así: “afectuosas, amorosas, entregadas y dadas al sacrificio”; en tanto a ellos los aprecian como “de la calle y responsables de la manutención del hogar...” Apreciaciones subjetivas que varían en relación con la edad, estado civil, nivel educativo y situación en la actividad económica. No se encontraron relaciones significativas entre la edad y los estereotipos sexuales, fue relevante la asociación entre escolaridad, situación ocupacional y percepciones de roles; 28.57%, que tenía educación media diversificada y estaba incorporada a la actividad económica, valoró que las labores del hogar no son una especialidad de las mujeres, las identifican como un mandato social: “no existen tareas femeninas y masculinas, nos las imponen desde niñas”.

Fue importante la toma del poder femenino en lo concerniente a su decisión de esterilizarse. Durante la entrevista las mujeres afirmaron que su decisión de esterilizarse provocó conflictos a nivel de pareja, ya que “el marido no entiende la necesidad de no parir que tenemos nosotras, que somos las que tenemos las mayores obligaciones con los hijos”. Si bien siguen teniendo percepciones distorsionadas sobre la cotidianidad doméstica que las inhiben —como imaginarse que los hombres son de la calle y colaboradores en el hogar y no responsables—, están cambiando sus creencias acerca de sus roles sexuales y reproductivos. ¿Una ruptura con la sujeción sexual? Situado cada quien sobre su propio universo perceptivo,



la capacidad de negociación y resistencia de las mujeres en lo que concierne a estas decisiones las colocó en una situación de ventaja. En las preguntas que se les hicieron sobre la responsabilidad en la decisión de esterilizarse y si hubo roces previos, 71.43% contestó que ambos tomaron la decisión y 57.14% señaló que antes de tomar la decisión tuvieron serios enfrentamientos con sus maridos.

Es evidente que si las mujeres que acudieron a las jornadas cívico-militares del Plan Bolívar 2000 decidieron esterilizarse es porque le están dando nuevos significados a lo femenino y a lo masculino. Nuevas configuraciones a su identidad de género, las cuales necesariamente se han impregnado no sólo de las tertulias del barrio, con la vecina, la amiga, la hermana y hasta el turco que le vende las telas, sino también de las nuevas representaciones que sobre la relación entre los sexos se difunde continuamente en los medios de comunicación: programas televisivos, periódicos, revistas, canciones y otros que, obviamente, también son imaginarios de los del vecindario. Es decir, existen razones de peso para creer que las mujeres han cambiado sus creencias acerca de sus roles sexuales. Se reconocen el mismo derecho al placer que el hombre y aprueban una vida sexual asociada a los afectos, a los sentimientos y no necesariamente a la reproducción.

Ni siquiera por haberse localizado las jornadas cívico-militares del Plan Bolívar 2000 hacia un estrato socioeconómico bajo, las mujeres esterilizadas constituyen un grupo homo-



géneo. Ni siquiera lo homogeniza su condición social; las hay pobres, muy pobres e indigentes. Eso da una idea de las formas particulares que han debido tener para expresar sus experiencias de vida, incluidas, por supuesto, las sexuales y reproductivas. Lo que sí las iguala ante la ley son sus reclamos de participación y de no discriminación.

Las apreciaciones recogidas de las mujeres son las siguientes: 61.95% de las mujeres esterilizadas le dan una valoración positiva a la sexualidad, la perciben como algo satisfactorio y gratificante: "tener placer, disfrutar el encuentro". Su rol sexual es más activo, con presencia de iniciativa sexual y experimentación del placer, como goce y disfrute: "Si tengo deseos lo busco... no espero que él me lo proponga... digo lo que me gusta y lo que no me gusta". Reconocen que el contexto, "los nuevos tiempos", les ha hecho redefinir sus papeles. Tienen una representación más igualitaria de la sexualidad.

Otro grupo de mujeres (33.33%) asume un rol sexualmente pasivo en relación con el disfrute del placer. Creen que la sexualidad de la mujer es fuente de placer para los hombres y un recurso valioso para minimizar los conflictos de pareja. "Es el hombre el que debe tomar la iniciativa en la relación sexual... una debe ser complaciente... así él alcanza el cielo y busca menos peleas con una y con los muchachos". Perciben la sexualidad como sujeción.

Si bien fue después de la esterilización cuando pudieron independizar sexualidad y procreación, todas las entrevista-



das valoran que el ejercicio de la sexualidad no es para tener hijos; para ellas la vida sexual está más asociada al placer y a la obligación que a la maternidad, entonces ¿cómo se explica que hayan procreado un número tan elevado de hijos?

Por sus propias circunstancias sociales, 66.66% de las mujeres esterilizadas tuvieron más de tres hijos; 38.09% inició precozmente su sexualidad entre los 14 y los 17 años; si a esto se agrega, por un lado, que ya cuando deciden esterilizarse tenían mínimo 29 años y por lo menos entre doce y quince años de vida sexual activa, pudiendo haber alcanzado su potencial reproductivo, un niño por año; y por el otro, que estaban desinformadas hasta del más elemental conocimiento sobre su funcionamiento reproductivo, es obvio suponer que, así no lo hayan expresado en las entrevistas, debieron haber tenido relaciones de pareja inestables y/o ensayado más de un procedimiento anticonceptivo.

A pesar de la diversidad de dispositivos anticonceptivos disponibles en el país, en las entrevistas las mujeres dijeron que durante su vida reproductiva recibieron muy poca información sobre medidas anticonceptivas; incluso, 71.43% desconocía la fecha de su ciclo ovular, ni siquiera sabía hacer uso del llamado método del ritmo; más de la mitad de ellas no conocían procedimientos como duchas vaginales, preservativos y dispositivos intrauterinos; 95.24% o un poco menos carecía de información sobre uso del amamantamiento, el *coitus interruptus* y de las inyecciones como medios inhibidores de la procreación.



Sobre procedimientos más modernos de regulación de la fecundidad sí señalaron las entrevistadas estar informadas antes de esterilizarse: 90.48% reconoció las pastillas como un método anticonceptivo de gran efectividad; no obstante, muchas de ellas, durante su vida fértil, las usaron incorrectamente. Tenían confianza en el método mas no sabían cómo usarlo. De las usuarias de anticonceptivos, un altísimo índice (64.71%) conocía por lo menos otro método.

Es importante señalar que a pesar de su adscripción a una clase social baja, el hecho de que al menos utilizaran uno de los dispositivos ofrecidos en el mercado y, especialmente, uno de los medios de control natal más difundido socialmente, como las pastillas o "píldoras", es un indicador de cambios significativos en la conciencia de la procreación. Es decir, un cambio de pautas reproductivas que en forma gradual han ido incorporando las mujeres. Evidentemente, sus nuevas percepciones relativas a la sexualidad y a la procreación les han permitido alcanzar un nivel de conciencia tal que les permitió asumir un medio irreversible como es la esterilización.

Igualmente, la diversidad de experiencias que viven hoy, con nuevas representaciones sobre "el ser, el hacer y el que-hacer femenino", les amplían las posibilidades de elección, no sólo de una decisión reproductiva, consciente o no, sino, lo más importante, de cuestionar sus roles socialmente adscritos y de hacer nuevos juicios valorativos sobre lo femenino y lo masculino.



Valga esta reflexión: independientemente de que la decisión de esterilizarse esté relacionada con deseos de suprimir la procreación para otros fines distintos a una sexualidad placentera (33.33%) en el sentido pleno del término, en lo afectivo, comunicativo o el disfrute del placer, cómo evitar embarazos no deseados o satisfacer urgencias sexuales de la pareja, más de la mitad de las mujeres (66.66%) se operaron para tener placer. Y las que lo hicieron para evitar fricciones con su pareja, no tenían realmente una percepción negativa de la sexualidad, sino más bien razones relacionadas con el cuidado de su salud y de su salud reproductiva, inducían su rechazo a la proximidad sexual, pero no así al contacto cara a cara, afectivo y comunicativo con su compañero.

¿Qué análisis se puede hacer de esto? Es evidente que las mujeres se esterilizaron porque tenían mayor conciencia de lo que representa un hijo más en un grupo familiar donde los recursos escasean, no importa si no lo afirman abiertamente en la superficialidad del lenguaje. En su estructura más profunda están internalizadas sus carencias sociales generacionales, como improntas, que igualmente le configuraron su conciencia procreadora.

Además, han entendido, o están en camino de ello, que la autonomía y la dependencia —su potenciamiento— es más difícil alcanzarla cuando los hijos dejan de ser sueños y se convierten en ataduras.