UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Una amalgama: hombres vasectomizados, vasectomías masculinizadas.
Prácticas tecnocientíficas de Profamilia, Colombia (1970-1974 y 1985-ca.1994)

Luis Eduardo Muñoz Soto

Universidad Nacional de Colombi
Facultad de Ciencias Humanas
Departamento de Sociología
Bogotá, Colombia
2025

Una amalgama: hombres vasectomizados, vasectomías masculinizadas.
Prácticas tecnocientíficas de Profamilia, Colombia (1970-1974 y 1985-ca.1994)

Luis Eduardo Muñoz Soto

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Estudios Sociales de la Ciencia

Director:

PhD. Alexis de Greiff Acevedo

Profesor asociado

Departamento de Sociología

Universidad Nacional de Colombi

Facultad de Ciencias Humanas

Departamento de Sociología

Bogotá, Colombia

2025

Síganla.
Escúchenla.
Sabrán así que su camino ha sido labrado con amor, fortaleza, inteligencia, amabilidad, determinación…
Si lo hacen, aprenderán de ella esas cualidades (y muchas más), como yo lo he hecho.
Mi vida adquiere sentido gracias a nuestra hermosa cotidianidad. Tu presencia expande mi vida.
Para ti, hermanita preciosa: Natica.

Desde aquí lo observo.
Sé que aquel libro, entre sus páginas, contiene una bella dedicatoria escrita por ti y a tu nombre…
Tu nombre, que cada tanto se aparece en mi memoria y corazón, siempre me será cálido y conmovedor.
Doblando sutilmente aquella página, recuerdo los pliegues de una figurita en origami que acompañó nuestra conversación, así como lo hicieron el café y los postres.
Eres una mujer maravillosa, Carolina M. G.

Como recordatorio de mi constancia y determinación.

Agradecimientos

A Natica, mi hermana preferida. Sin tu escucha y lectura constante a lo largo de estos años, este ejercicio reflexivo habría sido más solitario y dispendioso. Eres una luz inmensa, hermosa, invaluable en mi vida.

A mis amistades. Sin ustedes, no podría habitar este mundo. Mediante escuchas, lecturas y consejos —sin importar lo constante o esporádicos que fueran— contribuyeron a aclarar la senda que aquí he recorrido (intelectual y emocionalmente). Gracias por estar conmigo. A algunos/as les extraño; a todos/as les quiero cerca por siempre: Miller Díaz, Xiomara González, Guillermo Viasús, Gabriela Ortiz, Andrea Rosero, Laura Beltrán, David Fajardo, Laura Páramo, Sakura Ardila.

A mis padres. Francamente no sé dónde estaría sin las condiciones materiales que me han ofrecido. Solo quienes me conocen saben lo que esto significa: gracias por su apoyo y dedicación. Aunque existan rupturas, deseo que no sean impedimento para ampliar nuestras posibilidades de bienestar mutuo e individual. Me sigue esperanzando la búsqueda de tranquilidad y amor en nuestra convivencia.

A mi familia. En especial a mi tía Martha Soto y a mi prima Laura Soto. De ambas he recibido mucho apoyo en este recorrido. Se los agradezco inmensamente. El aprecio que me tienen es un rinconcito preciado que guardo en mi vida. A mi hermano: gracias por las palabras de ánimo que siempre me has ofrecido.

A personas absolutamente increíbles, quienes me han inspirado y animado a lo largo de estos años. Nuestras pequeñas y largas conversaciones sobre mi tema (y sobre la vida) me exigían explicar lo que, tal vez, aún no tenía claro. Con algunos/as no ha cuajado (aun) un sentimiento de amistad, sin embargo, deseo seguir compartiendo la vida con ustedes (y que la vida me pueda mostrar los caminos

inesperados de mutuo encuentro). En serio, a muchos/as les extraño: Miguel Rivas, Mónica Ulloa —sin tu grabadora, habría sido más lento mi progreso—, Daniela Martínez, Camila Ortiz, José Joaquín, Alejandro Salas, Valentina Gámez Rodríguez, Carlos Franco, Luz Ángela Susatama, Paola Moreno Delgadillo, Melissa Villegas, Johanna Moyano.

Al profe (y maestro) Leopoldo Múnera. Estar a su lado ha sido una experiencia gratificante y expansiva. Sin duda sabe cuánto le agradezco por su compañía. En definitiva, ha contribuido a que mi paso por la mejor universidad del país haya sido (y sea) absolutamente maravilloso. Sé que nos seguiremos cruzando en el camino de la vida.

A mi director de tesis: Alexis de Greiff. Su comprensión y paciencia durante este largo recorrido me mantuvieron a flote en los momentos más complicados. Eso contribuyó a recobrar mi tranquilidad y paz durante este proceso. Gracias, en serio, por el apoyo y la confianza.

A mis profesores/as de la Maestría en Estudios Sociales de la Ciencia. A Diana Farias, quien ha sido un apoyo intelectual y emocional durante este proceso. Muchas gracias por hacer de la pedagogía un asunto de suma importancia en sus clases. A Santiago Martínez, por sus lecturas y exposiciones precisas y detalladas y, no menos importante, por el aura de cercanía que despliega hacia sus estudiantes. A Yuri Jack Gómez, por la cercanía, el apoyo intelectual y la confianza que me otorgó para asumir temporalmente el trabajo administrativo en la Maestría. Sin eso, habría sido más complicado este proyecto. A Olga Restrepo, por su rigurosidad intelectual, por pedirme amablemente que no le dijera «profe», por responder a mis preguntas inquietas y genuinas —por aquello que hace y, tal vez, ignora—. Y a Malcolm Ashmore, por hacer de sus clases un reto que me permitió ir prefigurando la temática de esta tesis.

A quienes han (hemos) apoyado administrativamente a la Maestría. Sin ese trabajo, estos esfuerzos intelectuales y académicos no tendrían lugar. Gracias a Miller Díaz, Jack Triana y William Sánchez.

A mi casa, la Universidad Nacional de Colombia. Y a una habitación propia: la biblioteca de Posgrados de Ciencias Humanas. A otro sitio de resguardo: la biblioteca Luis Ángel Arango. Han sido un refugio durante tantos años de mi vida. Nunca olvidaré la tranquilidad que me inspiran. Sería un sueño poder devolverles algo de lo que me han ofrecido.

Resumen

Una amalgama: hombres vasectomizados, vasectomías masculinizadas.
Prácticas tecnocientíficas de Profamilia, Colombia (1970-1974 y 1985-ca.1994)

Las relaciones entre la vasectomía y la masculinidad usualmente se exploran en los recuentos de los hombres (y sus parejas) que están considerando u optaron por la vasectomía como su método anticonceptivo. Sin embargo, muy pocas investigaciones abordan esa relación en prácticas/objetos tecnocientíficos. Esta tesis intenta resarcir ese vacío. Aquí se explora la producción y (re)producción de la masculinidad, la investigación y la provisión del servicio de vasectomías en Profamilia durante dos periodos: 1970-1974 y 1985-1994/1998. Mediante entrevistas, archivos documentales y audiovisuales, la tesis describe-explica los entramados y amalgamas que articulan, al mismo tiempo, representaciones de la masculinidad, investigación y provisión del servicio de vasectomías. En síntesis, muestra cómo ninguno de esos "elementos" puede entenderse sin el despliegue de los "otros": se producen al tiempo. A través de un ejercicio descriptivo-explicativo, interpretativo y de discusión con otras aproximaciones plausibles sobre algunos aspectos relativos a los periodos bajo estudio, esta investigación reconstruye una historia sobre la vasectomía en Colombia. Finalmente, la tesis ofrece un diálogo entre las fuentes que inspiraron teórico-metodológicamente el desarrollo del capítulo empírico y las consecuencias teórico-metodológicas que se podrían extraer del fenómeno bajo estudio. Es decir, pone en discusión los alcances teórico-metodológicos del proceso investigativo. Finalmente, plantea algunas conclusiones.

Palabras clave: masculinidades, vasectomía, descripción-explicación, entramados, amalgamas, coproducción, prácticas/objetos tecnocientíficos.

Abstract

An amalgam: vasectomized men, masculinized vasectomies.
Technoscientific practices of Profamilia, Colombia (1970-1974 and 1985-ca.1994)

Relationships between vasectomy and masculinity are usually explored in accounts of men (and their partners) who are considering or opted for vasectomy as their contraceptive method. However, very little research addresses that relationship in technoscientific practices/objects. This thesis attempts to fill that gap. It explores the production and (re)production of masculinity, research and vasectomy service provision at Profamilia during two periods: 1970-1974 and 1985-1994/1998. Through interviews, documentary and audiovisual archives, the thesis describes-explains the interweavings and amalgams that articulate, at the same time, representations of masculinity, research and vasectomy service provision. In synthesis, it shows how none of these "elements" can be understood without the deployment of the "others": they are produced at the same time. Through a descriptive-explanatory, interpretative and discussion exercise with other plausible approaches on some aspects related to the periods under study, this research reconstructs a history of vasectomy in Colombia. Finally, the thesis offers a dialogue between the sources that theoretically-methodologically inspired the development of the empirical chapter and the theoretical-methodological consequences that could be drawn from the phenomenon under study. In other words, it discusses the theoretical-methodological scope of the research process. Finally, the thesis draws some conclusions.

Keywords: masculinities, vasectomy, description-explanation, entanglements, amalgam, coproduction, technoscientific practices/objects.

Contenido

Pág.

Resumen ..... **VII**

Lista de ilustraciones **11**

Introducción **12**

1. Estado del Arte **19**
1.1 Primera parte. Superación de las dicotomías usuales en las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía 19
1.1.1 Sobre el proceso de decisión y las narrativas de los hombres y sus parejas 20
1.1.2 Los aspectos tecnocientíficos de la vasectomía bajo el foco de análisis 28
1.1.3 Conclusión 32
1.2 Segunda parte. Una apuesta analítica fructífera: entramados entre masculinidades y tecnociencia 33
1.2.1 Así son los hombres: *poco comprometidos* y *confiables* (en asuntos de anticoncepción) 35
1.2.2 Adjudicación y exigencia de *responsabilidad* y *compromiso* 37
1.2.3 Producción de *responsabilidad* y *compromiso* (en asuntos de anticoncepción) 39
1.2.4 Una condición normal y deseable: *heterosexualidad* y *monogamia* 42
1.2.5 Un mandato: las relaciones sexuales son *penetrativas* 44
1.2.6 Defensa y cuestionamiento de la asociación entre *paternidad* y *fertilidad* 47
1.2.7 La *clase social* y la *raza* en bancos de esperma 49
1.2.8 Conclusión 50

2. Capítulo Empírico **53**
2.1 Primera parte. El programa pionero de Profamilia. Entramados de requisitos, psicología, masculinidad y machismo en la provisión del servicio de vasectomías 53
2.1.1 El establecimiento de requisitos particulares: entrevistas previas a la realización del procedimiento quirúrgico 56
2.1.2 Una preocupación médica: los efectos psicológicos adversos de la vasectomía. Resultados de investigación aparentemente contradictorios y una comprensión sustentada en la masculinidad 59
2.1.3 La masculinidad y el machismo según el *Estudio Psicosocial* 65
2.1.4 La masculinidad, los efectos psicológicos adversos y los resultados aparentemente contradictorios en el *Estudio Psicosocial* 67
2.1.5 La masculinidad, el machismo y los efectos psicológicos adversos como asuntos generalizados 68
2.1.6 Metodologías y provisión del servicio adecuadas a la psicología masculina 70

2.1.7 "Reflexionando por caminos sinuosos" o, mejor, una digresión: la relación entre el machismo y la aceptabilidad del método anticonceptivo 75
2.1.8 Vuelta a la trama: ¿para qué tipo de hombres (y de masculinidad) está pensada la vasectomía? ¿Qué masculinidad se (re)produce en la provisión del servicio? 79
2.2 Segunda parte. Masculinidad en concreto: las Clínicas para el Hombre de Profamilia ...83
2.2.1 La conexión entre las Clínicas para el Hombre y la realización de vasectomías 85
2.2.2 Los primeros años de las Clínicas para el Hombre de Profamilia....86
2.2.3 Actores y organizaciones clave en la historia de las Clínicas para el Hombre.....87
2.2.4 Clínicas con horarios y espacios diferenciados 90
2.2.5 Las necesidades de la población masculina....93
2.2.6 Las necesidades masculinas como conocimiento tácito o simplemente asumido 95
2.2.7 Posibles reflexiones sobre las necesidades masculinas asumidas....97
2.2.8 Un paréntesis: Nelly Oudshoorn sobre las Clínicas para el Hombre de Profamilia ...101
2.2.9 Producción y (re)producción de las Clínicas para el Hombre y de una necesidad masculina....110
2.3 Conclusiones....116

3. Diálogo Teórico-Metodológico 120

4. Conclusiones....151

A. Anexo: Estadísticas de realización de vasectomías en Profamilia 156

B. Anexo: Información general sobre las entrevistas....159

C. Anexo: Una posible investigación futura....163

D. Anexo: El proyecto inicial de tesis 166

Bibliografía....177

Lista de ilustraciones

Pág.

Ilustración 1. Una mujer (posiblemente trabajadora social) sostiene un folleto informativo sobre vasectomías. 83
Ilustración 2. Fachada de la Clínica para el Hombre, Profamilia-Bogotá. 115
Ilustración 3. Fachada de la Clínica para el Hombre, Profamilia-Medellín. 115

Introducción

Lo que dejo por escrito
No está tallado en granito
Yo apenas suelto en el viento
Presentimientos
Pido lo que necesito
Tinta y tiempo…
(Tinta y Tiempo, Jorge Drexler)

Este recorrido comenzó más de una vez y de diferentes formas. Al principio —tratándose de un asunto completamente diferente—, quise abordar el conocimiento experto de la psicología y/o psiquiatría en casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Sin embargo, a tiempo —diría yo—, desistí por una consideración fundamentalmente ética: sentí que reproduciría, a nivel micro, la repetida historia en la que un hombre cree legítimamente hablar sobre el cuerpo de las mujeres en un marco académico y científico. Esa intuición incómoda me llevó a abrirme paso por otra vía. Preocupado todavía por la salud sexual y reproductiva, encontré un nuevo interés: la vasectomía.

Sabemos que la vasectomía es uno de los pocos métodos anticonceptivos masculinos y, en las conversaciones cotidianas, es usual que surjan comentarios relativos a la masculinidad, el machismo o la hombría de quienes escogen (o no) ese método. Es decir, usualmente se establecen relaciones particulares entre la masculinidad y la vasectomía. Sin embargo, también en esas conversaciones, el conocimiento médico o institucional relativo a la vasectomía es escasamente mencionado. Precisamente ese era el asunto que me interesaba explorar.

Así, comencé a rastrear hitos o acontecimientos relativos a la vasectomía en donde las prácticas médicas e institucionales estuvieran involucradas. Rápidamente tuve conocimiento de una campaña de promoción realizada por Profamilia en 2019 (en el marco de una campaña global conocida como *World Vasectomy Day*). Algunos de sus videos promocionales pueden encontrarse fácilmente por internet. Al interesarme por lo que vi, planteé la primera delimitación de mi tema: campañas de

promoción de vasectomías en Profamilia. Aunque terminó siendo aprobado como tema del proyecto de tesis, este documento ofrece muy pocas luces al respecto. Al fin y al cabo, mi tema volvió a cambiar, fue adquiriendo precisión durante el recorrido y, así lo creo, me permitió seguir una senda contraintuitiva y más interesante.

A medida que avanzaba, mi ambición aumentó. Descubrí que Profamilia había sido la primera institución en ofrecer vasectomías en Colombia desde 1970. A partir de ese momento, me propuse seguir ese recorrido histórico desde el principio hasta el fin (hasta nuestros días). Sin embargo, el tiempo y la energía con las que podía contar redujeron esa temporalidad (y esa ambición). Es decir, ciertas consideraciones pragmáticas son las que explican —en parte— la temporalidad que se aborda en esta tesis. Aun así, puedo ofrecer una razón adicional: no existe en Colombia una historia sobre la vasectomía. Los datos e hitos sobre ese método se encuentran dispersos en anotaciones desplegadas en distintos documentos. Por lo tanto, resultaba muy difícil tener un panorama previo e inicial del proceso para poder seguir alguna pista temporal fructífera. En realidad, solo en la medida en que leía, entrevistaba y organizaba mi información, comenzó a clarificarse el recorrido histórico de la vasectomía en el país y, en esa medida, la temporalidad fue adquiriendo sentido. Por ello —aunque no es su propósito central—, esta tesis puede considerarse una contribución a la historia de ese método anticonceptivo en Colombia.

Cuando estamos en medio de una conversación usual sobre vasectomías, la masculinidad —o el machismo, la hombría, entre otros términos— suele considerarse como algo que se ve afectado (por esta razón, se dice, algunos hombres no consideran ese método como una opción anticonceptiva) o, en general, se suele hablar de un ambiente cultural que limita o se opone a la adopción y masificación del método. Esta simple contraposición es, sin embargo, superada por las investigaciones que se han realizado al respecto, quienes han abordado las narrativas o representaciones de los hombres (y sus parejas) que están considerando o eligieron la vasectomía como su opción anticonceptiva (Estado del Arte. Primera parte). No obstante, esas investigaciones exploran la masculinidad fundamentalmente en los recuentos que ofrecen los/as usuarios/as del servicio anticonceptivo y, salvo casos excepcionales, se preocupan por el conocimiento y las prácticas médicas e institucionales. En otras palabras, las investigaciones sobre las relaciones entre vasectomías y masculinidades no consideran usualmente los aspectos tecnocientíficos como objeto de indagación. Frente a este vacío, la presente investigación espera ofrecer una respuesta para el caso colombiano.

Una vez agotadas las investigaciones que abordan como objeto central de estudio las relaciones entre vasectomías y masculinidades y, ante el panorama anteriormente descrito, decidí ofrecer un balance adicional sobre otra literatura —aunque similar—: las investigaciones que han explorado la relación entre masculinidades y otras prácticas/objetos tecnocientíficos relacionados con la salud sexual y reproductiva masculina (Estado del Arte. Segunda parte). Por ejemplo, investigaciones que han estudiado el viagra o tratamientos de infertilidad masculina. Este segundo balance es fundamental. Sin él, no podría identificar antecedentes teóricos y metodológicos que abordaran explícitamente y en detalle la tecnociencia —específicamente relacionada con la salud sexual y reproductiva masculina— en diálogo con los enfoques sobre masculinidad. En últimas, ese balance recoge investigaciones que siguen teniendo proximidad y pertinencia teórica, metodológica y temática para mi investigación. Además, también desarrollan un asunto que busca explorar esta tesis: el diálogo entre los Estudios Sociales de la Ciencia y los Estudios Feministas y de Género.

El Estado del Arte, sin duda, me ofreció elementos teórico-metodológicos para abordar mi objeto de estudio. Aunque estos elementos serán revelados/elaborados con detalle solo hasta el último capítulo (Diálogo Teórico-Metodológico), basta con mencionar uno de ellos: la inclinación descriptiva en el abordaje de los procesos o fenómenos bajo estudio. Esta inclinación inspiró el desarrollo del segundo capítulo (Capítulo Empírico).

La elaboración de ese segundo capítulo se sustenta, básicamente, en dos tipos de materiales primarios: archivos documentales y entrevistas semiestructuradas. El primer tipo se compone de lo siguiente: A) artículos científicos, publicados en revistas médicas impresas o digitales, relativos a la investigación sobre vasectomías en Colombia. Algunas de las revistas fueron: *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *Urología Colombiana* e *International Family Planning Perspectives*. La búsqueda de estos artículos en las bases de datos se realizó en inglés y español, no excluyó ningún lugar de publicación (hay artículos de Colombia como del Reino Unido) y, además, el periodo de publicación incluido inicialmente iba desde 1970 hasta 2024. B) Libros digitales o impresos que incluyeran investigaciones (o cualquier otra mención) sobre vasectomías en Colombia. Aquí también se incluyeron manuales médicos de formación o capacitación. Los criterios de búsqueda e inclusión fueron idénticos al punto anterior. C) Libros sobre la historia de Profamilia. Y D) informes, documentos o reportes que incluyeran alguna mención esporádica sobre vasectomías en Colombia (en su mayoría, procedentes de Internet Archive). Por otro lado, realicé entrevistas semiestructuradas a ocho personas. En su inmensa mayoría se trata de médicos especialistas (en urología o ginecoobstetricia) que participaron en la creación o desarrollo de los servicios de

vasectomía ofrecidos por Profamilia (en Bogotá y Medellín). En algunos casos, realicé más de una entrevista por persona. La información general puede ser consultada en el Anexo B. Finalmente, el capítulo empírico también incluye referencias a algunos documentos audiovisuales que complementan la argumentación.

La lectura inicial y panorámica de los archivos documentales me permitió identificar dos periodos clave: 1) los años iniciales de la provisión del servicio de vasectomías en Profamilia (1970-1974) y 2) la creación y desarrollo de las Clínicas para el Hombre (desde 1985 hasta, aproximadamente, 1994/1998). Los periodos corresponden a la primera y segunda parte del capítulo empírico, respectivamente. Allí se expone y detalla su importancia para esta investigación. Una vez seleccionados los archivos pertinentes para cada periodo —y elaboradas las "reseñas bibliográficas" de cada documento—, se utilizó el software de análisis cualitativo ATLAS.ti para codificar la información. En términos muy generales, los códigos correspondieron a información histórica/contextual, menciones sobre la masculinidad, hombría, machismo (u otros términos similares) y discusiones sobre provisión del servicio y asuntos técnicos relacionados con la vasectomía. El software también se utilizó para la elaboración de la segunda parte del Estado del Arte (en ese caso, la codificación correspondió —en gran medida— a las subdivisiones que componen ese apartado).

Una vez se avanzó en la codificación y organización de la información de archivo, se identificaron algunos nombres de actores clave durante los periodos mencionados. Para obtener sus datos de contacto se utilizaron varias estrategias: solicitud de información al área de comunicaciones de Profamilia, colaboración de terceros (previamente identificados en los documentos y que tenían algún tipo de relación con los actores clave) y, en general, bola de nieve (es decir, mediante la remisión de los actores clave a otras personas de importancia). Posteriormente, se definieron preguntas y temáticas útiles y pertinentes para cada entrevista permitiendo, en todo caso, el surgimiento de asuntos/procesos no considerados con antelación. Una vez transcritas (parcialmente) las entrevistas, fueron codificadas en ATLAS.ti de forma similar a los archivos documentales.

En términos generales, el software permitió agrupar una gran cantidad de información mediante códigos (y familias de códigos). Así, la información dispersa en entrevistas, documentos escritos y audiovisuales pudo ser observada en conjunto y, por lo tanto, permitió encontrar relaciones o matizar procesos que, de otra forma, parecerían dispersos u homogéneos. La generación de informes y redes

de códigos del software constituyeron herramientas fundamentales para la escritura del documento final.

La primera parte del Capítulo Empírico está elaborada con archivos documentales. En él, reconstruyo la lógica de un requisito que se exigía para poder ser candidato a la operación: la participación en una serie de entrevistas previas a la realización de la vasectomía y la posibilidad de participar en otros espacios luego de realizado el procedimiento quirúrgico. Esas entrevistas (espacios previos) y espacios posteriores hacen parte de una preocupación médica: las posibles consecuencias psicológicas derivadas de la realización de una vasectomía. Como podrá leerse, esas preocupaciones médicas articulaban —y eran comprendidas por los actores mediante— una representación particular de la masculinidad y, en conjunto, permiten comprender la lógica subyacente al establecimiento de ese requisito en particular. Por otro lado, la segunda parte del Capítulo Empírico está elaborada con todos los tipos de fuentes primarias mencionadas. En él, reconstruyo la creación y desarrollo de las Clínicas para el Hombre inauguradas por Profamilia en 1985. Muestro la importancia que tuvieron esas clínicas, según los actores involucrados, para el aumento de las vasectomías realizadas en la institución. Y, fundamentalmente, en la exposición de las razones para la creación de las clínicas, se hace evidente la articulación de una representación particular de la masculinidad. De esta forma, la creación de espacios y horarios diferenciados para proveer el servicio de vasectomías (asuntos que caracterizaban a las clínicas) solo puede comprenderse si, a su vez, tenemos presente la masculinidad articulada por los actores.

Ambas partes del capítulo empírico tienen una inclinación descriptiva a la hora de abordar los fenómenos bajo estudio. Al finalizar cada parte, en todo caso, se intenta ofrecer una interpretación plausible de algún proceso en particular. En esos casos, el recuento ofrecido intenta no limitarse a la información explícita ofrecida por las distintas fuentes primarias. Por lo tanto, el conjunto de la reflexión constituye un esfuerzo descriptivo-explicativo de los periodos escogidos, ya que también busca entender la lógica que inspiró las distintas formas de proveer el servicio. En general, el capítulo empírico muestra la producción y (re)producción de representaciones de la masculinidad, investigación y provisión de los servicios de Profamilia como un proceso bidireccional en donde cada "parte" no puede ser entendida sin el despliegue simultáneo de "otra".

El tercer capítulo de la tesis (Diálogo Teórico-Metodológico) muestra y desarrolla, en primer lugar, las inspiraciones teórico-metodológicas que guiaron la elaboración del Capítulo Empírico. Estas inspiraciones provienen, en gran medida, de las investigaciones consideradas en el Estado del Arte,

sin embargo, algunos de sus alcances teórico-metodológicos solo fueron tenuemente mencionados en ese primer capítulo. Adicionalmente, se incorporan otras fuentes que también sirvieron de inspiración. En segundo lugar, ese capítulo reflexiona sobre los posibles aprendizajes teórico-metodológicos que pueden extraerse del mismo fenómeno bajo estudio, es decir, se pregunta por las consecuencias teórico-metodológicas que pueden surgir del Capítulo Empírico. Ambos elementos (inspiraciones y consecuencias teórico-metodológicas) son puestos en diálogo permanente a lo largo del último capítulo. Adicionalmente, más allá de mi objeto de estudio central, pretendo ofrecer un aporte teórico (la masculinidad definida como representación) y metodológico (una defensa y crítica de la descripción). En este punto, el documento expande sus límites más allá de las citas textuales (de investigaciones previas y fuentes primarias) y pretende ser un ejercicio reflexivo más personal (en donde la voz del autor está más acentuada). Finalmente, en el cuarto capítulo, se desarrollarán algunas conclusiones de la tesis.

Cada una de las partes del primer capítulo —así como cada una de las partes del segundo— pueden leerse de forma independiente. Constituyen textos autocontenidos. Por el contrario, el tercer capítulo sí requiere haber realizado todo el recorrido previo para poder ser explorado. Sin esa lectura previa, muchos aspectos del capítulo parecerán poco desarrollados o detallados. Y, de esta forma, será más difícil ofrecer críticas (planteadas desde el acuerdo o el desacuerdo) a su desarrollo argumentativo. Sin embargo, en términos generales, sugiero leer el documento completo. Dado que los dos primeros capítulos intentan ser fieles a las investigaciones y fuentes primarias consideradas, su tono podrá parecer mucho más descriptivo, por lo tanto, se resalta menos el esfuerzo interpretativo (que encontrarán, con toda seguridad, en el tercer capítulo).

Esta tesis indaga por las formas particulares en las que la provisión del servicio y la investigación sobre vasectomías y la masculinidad se producen y (re)producen al mismo tiempo. Específicamente, explora la amalgama (o coproducción) de vasectomías y masculinidades en algunas prácticas tecnocientíficas de Profamilia (durante los periodos anteriormente mencionados). Algunas preguntas que intenta abordar son las siguientes: en la investigación y provisión del servicio de vasectomías de Profamilia, ¿se articulan representaciones sobre la masculinidad? ¿Esas posibles articulaciones constituyen menciones periféricas o centrales para la definición de los asuntos objeto de investigación y de provisión del servicio? ¿Cómo se produce y (re)produce la masculinidad en ese "contexto sociotécnico o tecnocientífico"? ¿Tiene alguna importancia la investigación y provisión del servicio en la producción y (re)producción de masculinidades particulares? En general, ¿cómo la

masculinidad, la investigación y la provisión del servicio de vasectomías en Profamilia se producen y (re)producen al mismo tiempo?

Esta investigación pretende ser un viaje contraintuitivo sobre las posibles relaciones entre los aspectos tecnocientíficos de la vasectomía y la masculinidad. Esto es así ya que busca mostrar las relaciones fuertemente entrelazadas entre el quehacer médico e institucional (específicamente, la investigación y provisión del servicio de vasectomías) y ciertas representaciones sobre la masculinidad. En otras palabras, muestra el "estrecho puente" entre asuntos usualmente considerados como culturales (la masculinidad) y técnicos/neutrales (investigación y ofrecimiento de servicios médicos). Además, ofrece un diálogo con posibles interpretaciones alternativas sobre los mismos fenómenos y, finalmente, espera desplegar con claridad y de forma persuasiva los retos, problemas y salidas a los que se enfrentó esta investigación (y a los que se podría enfrentar una investigación similar).

A quien ha seguido la lectura hasta aquí, espero que pueda encontrar más adelante un ejercicio reflexivo, detallado y con claridad expositiva que, en su desarrollo mismo, irá adquiriendo cada vez mayor densidad y complejidad. La redacción de la tesis está pensada para distintos/as lectores/as (no se circunscribe únicamente para profesionales de las ciencias sociales). Si encuentra en este documento un despliegue persuasivo de afirmaciones, preguntas, retos y problemas, este ejercicio habrá valido la pena.

1. Estado del Arte

Una advertencia inicial. En la revisión de las investigaciones que aquí considero siempre estuve atento a un asunto particular: los hallazgos empíricos reportados. Además, me preguntaba constantemente por los alcances argumentativos que tales hallazgos le permitían a la propia investigación. Con estos elementos intentaba evaluar la fuerza persuasiva de los distintos documentos y, a su vez, intentaba rescatar la riqueza de las investigaciones de la forma más precisa posible. Por esta razón, los/as lectores/as podrán apreciar que muchas de las citas textuales corresponden a menciones empíricas concretas. Esta forma de citar puede producir la impresión de tratarse de un texto que realiza un balance excesivamente descriptivo, sin embargo —como también podrán notar—, este capítulo no se reduce a los detalles particulares de cada investigación e intenta (re)agruparlas en torno a elementos comunes: en la primera parte, en torno a un eje interpretativo y, en la segunda parte, mediante la recurrencia empírica de ciertas representaciones sobre la masculinidad articuladas a distintas prácticas/objetos tecnocientíficos. Además, a lo largo del texto, podrán encontrar balances o conclusiones a diversos conjuntos de hallazgos empíricos. Este último ejercicio adquirirá mayor relevancia en cada acápite de conclusiones.

1.1 Primera parte. Superación de las dicotomías usuales en las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía

Como objeto central y fundamental de investigación, las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía han sido poco estudiadas[1]. La inmensa mayoría de los hallazgos clave sobre esas

[1] Aquí no incluyo investigaciones que, si bien plantean algunas ideas sobre las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía, lo hacen a modo de mención más que de objeto central de indagación. Pueden consultarse ejemplos de esta afirmación para el caso colombiano (Fernández Aragón et al., 2014; Sánchez-Molano et al., 2019a, 2019b) y para otros contextos (Córdoba Basulto et al., 2013; García Moreno & Solano Sainos, 2005; Marván et al., 2017).

relaciones se han concentrado en investigaciones sobre el proceso de decisión y las narrativas de los hombres (y sus parejas) que están considerando o decidieron someterse a una vasectomía. Esas investigaciones serán consideradas en el primer apartado. En segundo lugar y en menor medida, esas relaciones han sido estudiadas a través de las representaciones sociales de las/os prestadores del servicio de vasectomía, la discusión y publicación científica, las campañas de promoción, el cambio del procedimiento quirúrgico, el uso de la anestesia durante el procedimiento y la representación publicitaria. Es decir, existen pocas investigaciones que han estudiado esa relación en torno a prácticas/objetos tecnocientíficos. Este pequeño grupo de documentos será discutido al final. Teniendo en cuenta las reflexiones concretas sobre esas relaciones, así como las discusiones más generales al respecto, a continuación presento un balance de las investigaciones.

1.1.1 Sobre el proceso de decisión y las narrativas de los hombres y sus parejas

En términos generales, en la inmensa mayoría de la literatura correspondiente a este primer apartado, la vasectomía es entendida como un procedimiento técnico y una decisión anticonceptiva masculina. Como procedimiento, se suele ofrecer alguna definición básica inicial; por ejemplo, "la esterilización masculina es un método anticonceptivo tan eficaz como la esterilización femenina, técnicamente más simple de efectuar, sin necesidad de anestesia general y sin riesgos biológicos reconocidos" (Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998, p. 87) o, excepcionalmente, se ofrece una descripción detallada del procedimiento, por ejemplo, describiendo la técnica conocida como vasectomía sin bisturí (Gutmann, 2016). Cuando se comprende la vasectomía como una decisión, las investigaciones suelen estar de acuerdo en que se trata de un proceso complejo de negociación que no contrapone necesariamente representaciones hegemónicas y no hegemónicas de la masculinidad y, además, que es un proceso que permite articular la vasectomía a prácticas equitativas y/o dominantes de género. Usualmente, es una decisión llevada a cabo al interior de una relación de pareja en la que participan distintos actores y factores sociales y culturales (Cragun & Sumerau, 2015; Grabino Etorena, 2009; Gutmann, 2016; Huerta Rojas, 2007; Nicholas et al., 2020; Pomales, 2013; Viveros Vigoya, 2002b; Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998). La definición planteada por Viveros (2009) es representativa y clara al respecto:

> la toma de la decisión de practicarse una vasectomía es entendida, no como un resultado sino como un proceso participativo que se construye en el tiempo, en la interacción con los "otros significativos" (la compañera, el grupo de pares, los prestadores de servicios de salud) y en los distintos ámbitos en los cuales se desarrolla la vida del sujeto y de la pareja (p. 15).

Por otro lado, la comprensión de las masculinidades suele estar guiada por el concepto de masculinidad hegemónica, entendida —por ejemplo— como "la expresión vigente, culturalmente idealizada de la hombría"[2] (Terry, 2014, p. 197) que sirve como recurso simbólico mediante el cual los hombres mantienen, negocian y producen su identidad masculina (Cragun & Sumerau, 2015)[3]. Si bien la reflexión teórica de Viveros (2002b, 2009) no está guiada explícitamente por este concepto[4], en todo caso, ofrece una descripción general de los rasgos que constituirían una identidad masculina dominante: "el ejercicio de poder, la adopción de conductas percibidas como no femeninas, el control y distanciamiento de las emociones y la demostración pública y constante de su hombría, dentro de la cual juega un papel muy importante el desempeño sexual" (Viveros Vigoya, 2002b, p. 333). Todas las investigaciones tienen en cuenta ese último rasgo en su comprensión de la masculinidad, sin embargo, en algunos autores constituye un elemento central (Gutmann, 2004, 2016; Moreno Bolívar, 2019). Por ejemplo, Gutmann (2004, 2016) habla de la "ilusión totémica de la sexualidad masculina", entendida como la creencia en "los hombres como seres 'incontrolables' e impulsados primordialmente a buscar sexo a menudo y donde quiera que fuera posible" (Gutmann, 2016, p. 180). Adicionalmente, de forma explícita o implícita, las investigaciones consideran la existencia de "masculinidades emergentes" (Nicholas et al., 2020; Pomales, 2013) que consisten en formas de mantener y producir identidades masculinas contrapuestas a los ideales culturales hegemónicos (Pomales, 2013). Finalmente, suele hacerse énfasis en la caracterización local de las masculinidades (Grabino Etorena, 2009; Gutmann, 2016; Nicholas et al., 2020; Pomales, 2013; Viveros Vigoya, 2009), es decir, las investigaciones apuestan por una reflexión contextualizada de la producción y mantenimiento de las masculinidades.

Nicholas et al., (2020) ofrecen una revisión de la literatura sobre la investigación cualitativa de la relación entre hombres, masculinidades y vasectomía, enfocada en las narrativas y experiencias de los hombres en países de ingresos altos y, además, consideran críticamente esos aportes a la luz de los enfoques teóricos sobre hombres y masculinidades. Los principales hallazgos identificados en esa revisión comparten muchos elementos con las investigaciones adicionales que se consideran

[2] Todas las traducciones de la literatura en inglés son propias.

[3] El concepto de "masculinidad hegemónica" en las distintas investigaciones proviene de los trabajos de R. W. Connell.

[4] Hago alusión únicamente a aquellas investigaciones que ha realizado la autora sobre vasectomía y masculinidades. En otras investigaciones, por el contrario, sí hace uso explícito del concepto de masculinidad hegemónica.

aquí. Por lo tanto, la organización que ofrecen de la literatura será retomada como hilo conductor de la discusión. Esa organización ofrece un mapa interpretativo de las formas generales en las que los hombres y las parejas experimentan y dan cuenta de su relación con la vasectomía. En algunos casos, sin embargo, algunas investigaciones amplían la discusión sobre las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía, de forma que serán consideradas con algún detalle.

Tres formas generales de las relaciones entre masculinidades y vasectomía

Después de una exposición teórica general de la discusión académica sobre hombres y masculinidades, Nicholas et al. (2020) plantean las tres formas generales de las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía. En la *primer forma* la vasectomía constituye una amenaza a la masculinidad tradicional (Nicholas et al., 2020, p. 6). Sobre todo, se trata de amenazas a la sexualidad que se presentan, por ejemplo, en las ideas de ser castrado (Gutmann, 2016; Huerta Rojas, 2007; Viveros Vigoya, 2002b), de ver disminuido el tamaño de su pene y de preocuparse por las cicatrices (Viveros Vigoya, 2002b, p. 329), de no corresponder a la exigencia cultural de ser hombres fértiles (Huerta Rojas, 2007; Pomales, 2013) y de pensar que no se volverá a querer tener relaciones sexuales con mujeres (Nicholas et al., 2020; Viveros Vigoya, 2002b). Estas preocupaciones, tal como es planteado por Viveros (2002b, 2009), están relacionadas con el papel que juegan otros hombres (amigos, familiares, etc.) en el proceso decisional, ya que en muchos casos "ellos, como agentes de socialización y construcción de identidad de género […] son los únicos interlocutores válidos para certificar que este procedimiento no va a poner en riesgo su virilidad e identidad masculina, ni va a afectar su desempeño sexual" (Viveros Vigoya, 2009, p. 24). En otras palabras, los demás hombres con quienes se relaciona un posible candidato a la operación son aquellos en donde se deposita la tranquilidad y confianza de que el procedimiento no tendrá efectos indeseados. A propósito, vale la pena considerar las reflexiones planteadas por Viveros (2002b, 2009) y Viveros y Gómez (1998) sobre el proceso de decisión, como aporte a la discusión general.

Estas investigaciones corresponden al contexto colombiano y hacen parte de los pocos esfuerzos que se han realizado para entender las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía en este país. Después de situarlo en el contexto general, se ofrece una caracterización del proceso de decisión: la unión conyugal es el ámbito privilegiado en el que se toman este tipo de decisiones, ahí se generan "las motivaciones, necesidades, demandas y deseos para optar por uno u otro método anticonceptivo" (Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998, p. 91). En muchas ocasiones el estado de salud de las parejas respecto al uso de métodos anticonceptivos (Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998, p. 93)

o una maternidad no recomendada por motivos de salud (Viveros Vigoya, 2002b, p. 332) fueron factores importantes para tomar la decisión. Además, el tiempo que pasa entre considerar la vasectomía como una opción anticonceptiva y su ejecución, varía entre las distintas parejas entrevistadas (Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998, p. 94) y, en muchos casos, las dudas sobre las consecuencias de la vasectomía prevalecen después de realizado el procedimiento (Viveros Vigoya, 2002b, p. 336). Como característica fundamental, "en la toma de la iniciativa, las mujeres juegan un papel de gran importancia, si se quiere estratégico" (Viveros Vigoya, 2002b, p. 335), son ellas las que recogen de primera mano la información sobre los métodos y ofrecen un panorama general para la toma de decisión de la pareja (Viveros Vigoya, 2009, p. 20). Este último aspecto, corroborado por Gutmann (2016), ayuda a entender otra de las amenazas que la vasectomía representa para la masculinidad tradicional en algunos hombres: la idea de que el hombre estaría siendo obligado por su pareja a esterilizarse, con la consecuente pérdida de dominio en la relación conyugal (Adongo et al., 2014, p. 5; Viveros Vigoya, 2002b); por ejemplo, esa idea fue planteada por un enfermero durante los preparativos iniciales del procedimiento (Cragun & Sumerau, 2015, p. 110).

Retomando la discusión planteada por Nicholas et al. (2020), la *segunda forma* general de la relación corresponde a las representaciones y experiencias que, enmarcadas en el concepto de masculinidades emergentes, hacen de la vasectomía un recurso para el logro de la masculinidad (Nicholas et al., 2020, p. 8). Por ejemplo, en la escogencia de una vasectomía, los hombres presentan su identidad masculina sin una conexión inmediata con la capacidad de procrear (Moreno Bolívar, 2019; Pomales, 2013) y, de esta forma, la rearticulan a ideas relacionadas con las responsabilidades paternales, conyugales y reproductivas (Pomales, 2013, p. 26). Así, "la vasectomía [implica] una resistencia a la suposición de que la reproducción es un componente inevitable del curso de vida normal" (Nicholas et al., 2020, p. 9). Además, en términos generales, muchísimos hombres y parejas consideraron e hicieron de la decisión de someterse a una vasectomía un acto genuino de responsabilidad y equidad anticonceptiva (Cragun & Sumerau, 2015; Gutmann, 2016; Huerta Rojas, 2007; Nicholas et al., 2020; Pomales, 2013; Viveros Vigoya, 2009; Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998). Algunos de ellos, al decidir de esa forma, se mostraban como parte del hombre "contemporáneo" o "moderno", en contraposición —según ellos— a los hombres tradicionales o machistas (Huerta Rojas, 2007, p. 506; Pomales, 2013, p. 32; Viveros Vigoya, 2002b, p. 506). En síntesis, las investigaciones muestran que existen diversas y particulares formas en las que la vasectomía puede articularse y sostener una identidad masculina.

Esta segunda forma general de la relación entre las masculinidades y la vasectomía prácticamente agota las reflexiones planteadas por Moreno (2019) y Pomales (2013) debido a su énfasis en la fertilidad, considerada desde una masculinidad hegemónica como el curso normal y necesario de vida. Sin embargo, a modo de advertencia, Gutmann (2004) plantea que no "se puede reducir la relación entre la hombría y la vasectomía a la ansiedad de procrear. Para muchos varones en la ansiedad de poder satisfacer a la mujer es donde reside el problema" (pp. 232-233). En una investigación llevada a cabo en Ghana esa fue la preocupación fundamental de los hombres y sus parejas (Adongo et al., 2014). No tener en cuenta ese último aspecto, así como los múltiples rasgos que constituyen una masculinidad dominante (Viveros Vigoya, 2002b), puede implicar ofrecer una imagen demasiado optimista de las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía en el contexto latinoamericano. Al decir que "gracias a la vasectomía se genera una ruptura con las tradiciones del ideal de ser masculino" (Moreno Bolívar, 2019, p. 22) y que el "uso de la vasectomía como método anticonceptivo en este contexto [Costa Rica] los motiva a habitar la hombría de nuevas formas que difieren de los estereotipos de los hombres locales" (Pomales, 2013, p. 26), estos dos autores ejemplifican una imagen optimista. Es decir, si bien los rasgos que constituyen una masculinidad dominante y sus respectivas resistencias son locales o contextuales, la comprensión que ofrecen los anteriores autores hace demasiado énfasis en un rasgo muy particular: la fertilidad masculina. Por ejemplo, el primer autor subestima la importancia de otros rasgos de la masculinidad dominante que sí tienen en cuenta investigaciones anteriores hechas en el mismo país, por ejemplo, las ideas de racionalidad, heroísmo y sacrificio que aparecen en muchas de las narrativas de los hombres (Viveros Vigoya, 2002b; Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998). Como se verá más adelante, tener presente esos elementos haría más compleja su comprensión de las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía.

Provisionalmente, las dos formas generales de la relación entre las masculinidades y la vasectomía presentadas hasta ahora *parecen* ofrecer dos alternativas contrapuestas: primero, hombres que articulan su masculinidad a concepciones hegemónicas y, por lo tanto, consideran la vasectomía como algo amenazante o, segundo, hombres que articulan su masculinidad en contraposición a concepciones hegemónicas y, por lo tanto, consideran la vasectomía como un recurso que les permite seguir definiéndose como hombres o, al menos, que no representa una amenaza a su identidad masculina. Este planteamiento inicial y provisional de la relación es lo que Gutmann (2016) ha denominado la "explicación culturalista". Presente, sobre todo, en los discursos médicos y cotidianos, esta explicación contrapone culturas "machistas" y "no machistas", al afirmar que los hombres que hacen uso de la vasectomía estarían, de alguna forma, actuando en contraposición a su

cultura machista (Gutmann, 2016, pp. 158-159). Sin embargo, como veremos a continuación, la relación entre las masculinidades y la vasectomía es mucho más compleja que esa contraposición básica; no se reduce a la dicotomía del tipo "varones tradicionales versus modernos" (Gutmann, 2004).

Finalmente, la *tercera forma* general de la relación entre las masculinidades y la vasectomía consistiría en el "desplome o colapso masculino" (Nicholas et al., 2020, p. 9). Este concepto "sugiere que incluso cuando los hombres 'resistieron' algunos aspectos de la masculinidad hegemónica, permanecieron receptivos a muchas de sus expectativas" (Nicholas et al., 2020, p. 10). En esta última forma, elementos aparentemente contrapuestos entre las masculinidades y la vasectomía se entrelazan. Se pone de presente la idea de las "masculinidades híbridas" (Nicholas et al., 2020, p. 10) o, en otras palabras, se trata de procesos en donde se resisten, confirman, incorporan y rechazan aspectos tradicionales de la masculinidad al mismo tiempo (Huerta Rojas, 2007, p. 511). Por ejemplo, aunque muchos hombres presentan la decisión como un acto de equidad de género, a su vez, consideran que se trata de un pequeño sacrificio que merece ser celebrado o felicitado (Nicholas et al., 2020; Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998)[5]. También suelen presentar su decisión como fruto de un proceso racional (Cragun & Sumerau, 2015; Viveros Vigoya, 2002b) que, como sucedió en un caso, implicó el uso de argumentos racionales para invalidar las indecisiones emocionales de la pareja respecto al número deseado de hijos (Cragun & Sumerau, 2015, p. 107). Además, es notable que en algunas investigaciones se presentaron casos de hombres que se sometían a vasectomías aunque su pareja ya había sido esterilizada (Gutmann, 2004, 2016; Nicholas et al., 2020; Viveros Vigoya, 2002b), permitiéndoles "la posibilidad de tener relaciones sexuales por fuera de la relación conyugal sin el riesgo de ser descubiertos debido a un embarazo no deseado" (Adongo et al., 2014; Nicholas et al., 2020, p. 11). En general,

> Los hombres que han resuelto practicarse la vasectomía no definen en forma neutra su decisión: la vanidad permea sus palabras, y se pueden percibir algunos rasgos de exageración en su relato que los

[5] Es notable que estos rasgos no son considerados por Moreno (2019) cuando una doctora felicita a un hombre (de 23 años y sin hijos) que decide elegir la vasectomía como método anticonceptivo. El autor dice que "esto puede ser entendido como un acto de valentía, digno de reconocimiento, […] resulta siendo una recompensa luego de atreverse a afrontar las ideas tradicionales de paternidad y maternidad como barrera para poder realizarse la operación de la vasectomía" (Moreno Bolívar, 2019, p. 12).

> describe como héroes modernos. Las mujeres mismas hablan con orgullo de estos hombres, sobredimensionando el valor de su decisión (Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998, p. 103).

Por último —como aporte metodológico—, se advierte que en el mismo momento de las entrevistas los hombres suelen ofrecer respuestas que favorecen sus identidades masculinas (Cragun & Sumerau, 2015, p. 103). Por lo tanto, los autores sugieren que la investigación sobre las experiencias de los hombres debería evitar que ellos ofrezcan recuentos retrospectivos sobre el proceso de decisión. Esto es posible evitando realizar entrevistas después del procedimiento mismo. Sin embargo, aunque este problema no es ignorado por algunos/as investigadores/as que realizaron entrevistas después de todo el proceso de decisión (Gutmann, 2016; Viveros Vigoya, 2002b, 2009; Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998), plantearon otra estrategia metodológica útil: entrevistar a la pareja (y a cada parte por separado), de forma que se puedan contrastar los recuentos ofrecidos (Viveros Vigoya, 2009; Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998). Así, por ejemplo, se puede dar cuenta de que "la elección masculina no es tan independiente ni tan personal como ellos desean presentarla" (Viveros Vigoya, 2009, p. 20) y que, como se dijo antes, en este proceso la pareja suele jugar un papel estratégico.

En síntesis, la relación entre las masculinidades y la vasectomía va más allá de la siguiente comprensión: la vasectomía sería una opción progresista a la que acuden hombres que se han alejado de representaciones hegemónicas de la masculinidad y, por lo tanto, los hombres que siguen construyendo su masculinidad mediante referentes hegemónicos no se someterían a este procedimiento al considerarlo una amenaza para su identidad. Por el contrario, las anteriores investigaciones muestran que en el proceso de decisión y en las narrativas de los hombres y sus parejas que han decidido someterse a una vasectomía, está presente un constante proceso de negociación entre representaciones hegemónicas y no hegemónicas de la masculinidad que permiten articular la vasectomía a prácticas y representaciones equitativas y/o dominantes de género. Reflexionando sobre las trayectorias anticonceptivas de distintas parejas que optaron por ese método anticonceptivo, la conclusión de Viveros (2009) es clara al respecto: "los pactos al interior de las parejas varían y pueden ir desde unas alianzas orientadas por un criterio igualitario hasta acuerdos en los que las jerarquías de género se mantienen, se reproducen y se refuerzan" (p. 23). En otras palabras, los procesos decisionales no producen experiencias simplemente dicotómicas (de equidad o dominación). Por el contrario, las experiencias ocurren de forma híbrida y, por lo tanto, el proceso decisional requiere ser estudiado y comprendido en sus matices, fugas y posibles contradicciones.

⁂

Es absolutamente claro que los objetos/sujetos de estudio privilegiados en la comprensión de las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía han sido los hombres (y sus parejas) usuarios/as del método anticonceptivo. En menor medida, como veremos a continuación, las/os científicas, las instituciones de salud y los medios de comunicación han sido considerados objeto de análisis. A manera de introducción al siguiente apartado, algunas/os autores ya tratados se han acercado en términos generales a este asunto. Viveros (2002b, 2009), Viveros y Gómez (1998) y Gutmann (2004, 2016) parten de una crítica a lo que denominan la "medicalización de la sexualidad y fecundidad masculinas", consistente en las representaciones que plantean una "equivalencia entre la sexualidad masculina y los impulsos incontrolables [que] reciben aprobación médica" (Gutmann, 2004, p. 227). En el caso de Viveros (2009) la medicalización consiste, en parte, en "las visiones estrechas sobre la reproducción que ignoran la incidencia de los factores sociales, económicos, institucionales y culturales en ella, y limitan su comprensión a la de la regulación y control de la fecundidad" (p. 15). Estas comprensiones tienen consecuencias para la organización y prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, a pesar de existir estrategias que buscan incluir a los hombres en asuntos reproductivos, éstas se han preocupado más por los asuntos demográficos que por una efectiva participación masculina (Viveros Vigoya, 2009, p. 17). Por lo anterior, en el momento de la orientación anticonceptiva, los profesionales de la salud suelen intentar evitar que quienes se someten al procedimiento tengan altas probabilidades de arrepentirse (de esa forma evitan que se difundan imágenes negativas sobre el método anticonceptivo por parte de hombres arrepentidos) (Gutmann, 2016, p. 160; Viveros et al., 1998; Viveros Vigoya & Gómez Alcaraz, 1998). Por otro lado, en México,

> en la promoción de la planificación familiar […] se presenta la vasectomía como tema de elección individual, y no en el contexto de las relaciones generales entre hombres y mujeres. […] Los folletos oficiales, por ejemplo, no comparan la vasectomía con la ligadura (Gutmann, 2016, p. 185).

También sucede que, en el caso colombiano, la ley que permitió la gratuidad de la vasectomía y la ligadura de trompas (Ley 1412 de 2010) tiene como enfoque concreto –como el título de la ley lo indica– "promover la paternidad y maternidad responsables" (Moreno Bolívar, 2019). Así, la paternidad es planteada como un elemento fundamental que acompaña la gratuidad del método anticonceptivo, dando menos importancia a quienes desean acceder a una vasectomía al no

considerar la paternidad una opción deseada (Moreno Bolívar, 2019)[6]. En síntesis, estas investigaciones ilustran la forma en que la provisión de los servicios de vasectomía es producida y refuerza algunos rasgos de la masculinidad: decisiones individualizadas, sin consideración de otros/as y la paternidad como componente del curso de vida normativo. Así, comienzan a ofrecerse elementos que permiten seguir explorando la relación más allá del recuento de los hombres y sus parejas.

1.1.2 Los aspectos tecnocientíficos de la vasectomía bajo el foco de análisis

En general, la literatura correspondiente a este segundo apartado ha estudiado la relación entre las masculinidades y la vasectomía en distintos contextos: los cambios en la técnica de la vasectomía, su discusión científica y su representación en revistas y periódicos en Canadá y en el Reino Unido (Dyck, 2013; Shropshire, 2014), el proceso mediante el cual los hombres fueron considerados objeto de las políticas de control de la natalidad en India (Balasubramanian, 2018), el uso particular de la anestesia y la sedación intravenosa en Israel (Friedman & Hashiloni-Dolev, 2023) y, finalmente, las representaciones sociales de las/os orientadores del servicio de vasectomía en Colombia (Viveros et al., 1998). Es decir, se trata de investigaciones que se centran en la investigación y la provisión del servicio de vasectomías —aunque hacen énfasis en distintas aristas—. La reflexión en torno a las masculinidades está guiada, generalmente, por los conceptos de las "ideologías culturales predominantes de la masculinidad" (Balasubramanian, 2018, p. 34) y, nuevamente, por la "masculinidad hegemónica". Además, la vasectomía es entendida como una decisión anticonceptiva (Viveros et al., 1998), un instrumento y objeto de promoción del control de la natalidad (Balasubramanian, 2018) y, finalmente, un procedimiento técnico, en algunos casos articulado a representaciones hegemónicas de la masculinidad (Friedman & Hashiloni-Dolev, 2023; Shropshire, 2014). La importancia de estas investigaciones reside en su interés por los aspectos tecnocientíficos, prácticamente ignorados en gran parte de la literatura.

Algunas investigaciones muestran cómo ciertas discusiones y publicaciones científicas han presentado a la vasectomía como una amenaza a la masculinidad. Por ejemplo, la Asociación Canadiense de Protección Médica consideró en 1970 la vasectomía como una "mutilación",

[6] Cabe aclarar, sin embargo, que no está prohibido que hombres mayores de edad y sin hijos puedan solicitar una vasectomía en el marco de la misma ley.

reforzando la idea de "la virilidad y la función sexual como necesarias y normativas en el cuerpo masculino" (Shropshire, 2014, p. 169). Thomas Fisher, secretario y tesorero de la misma institución, en un artículo de 1964, desaconsejaba ofrecer vasectomías a los hombres por la misma razón (Dyck, 2013, p. 134) y, en 1965, un estudio que mostraba efectos psicosociales de la vasectomía aparentemente contradictorios intentaba reconciliar esos hallazgos de la siguiente forma: los hombres que mostraban actitudes satisfactorias, sin embargo, podrían ser renuentes a "admitir que [la vasectomía] fue un error, especialmente si tal reconocimiento implica que ya no son tan 'masculinos' como solían ser" (Shropshire, 2014, p. 169). Similar a la *primera forma* de las relaciones entre vasectomías y masculinidades del primer apartado, estas investigaciones muestran cómo algunos planteamientos médicos suelen reproducir la contraposición usual entre masculinidad y vasectomías y, de esta forma, desaconsejan el ofrecimiento del método anticonceptivo.

Por otra parte, las discusiones y publicaciones científicas han recurrido a representaciones dominantes de la masculinidad para hacer a los hombres objeto de las políticas de control de la natalidad (Balasubramanian, 2018). Así, articulan (y no contraponen) la masculinidad hegemónica con la vasectomía. Durante las políticas de control de natalidad en la India (1960-1977)[7], mediante los aportes de una rama de las ciencias sociales denominada "comunicaciones en planificación familiar, […] emergió un contexto epistemológico dedicado a entender la reproducción en términos cognitivos y no solamente biológicos" (Balasubramanian, 2018, p. 39). Así surge el concepto de "toma de decisiones reproductivas". Según la autora, los esfuerzos por

> entender la "toma de decisiones reproductivas" […] resultaron ser compatibles con ideologías culturales dominantes sobre las diferencias de género que inmediatamente asociaban a los hombres con la racionalidad económica y la 'mente' calculadora (Balasubramanian, 2018, p. 39).

Específicamente, las "comunicaciones en planificación familiar" concibieron a

> los hombres indios como objetivos indispensables de las intervenciones conductuales en [el ámbito] de la reproducción debido a su notoria condición de principales tomadores de decisiones en las

[7] Durante este periodo se crearon campamentos en donde se realizaron vasectomías (muchas de ellas forzadas) y se promocionó el uso del condón. La importancia de esta investigación para el presente estado del arte reside en que fueron los métodos anticonceptivos considerados usualmente como masculinos en los que se hizo énfasis para ese entonces.

> familias y comunidades, al tiempo que ignoraban la contribución de las mujeres en estos roles (Balasubramanian, 2018, p. 39).

Para ser más claros, si la reproducción de las poblaciones era un asunto de decisiones, enfocarse en el grupo de personas que se concebían como tomadores de decisiones por excelencia era clave para el éxito de los programas (Balasubramanian, 2018). Por ello, las campañas de promoción se preocuparon por mostrar el alivio que, en términos económicos, representaba tener familias más pequeñas. Por ejemplo, durante la realización de los campamentos de vasectomías, se 'incentivaba' a los hombres mediante bienes materiales relacionados con su rol de proveedores económicos: artículos para el hogar y dinero y, además, se animaba a los hombres que habían sido vasectomizados a interactuar con otros hombres en espera del procedimiento (Balasubramanian, 2018, pp. 50-52). En síntesis, este caso muestra cómo algunos planteamientos médicos y sociales articulaban ciertos aspectos dominantes de la masculinidad para garantizar los programas de control de la natalidad que hacían uso de vasectomías.

Otras investigaciones muestran cómo ciertas representaciones dominantes de la sexualidad masculina suelen articularse en la provisión del servicio. Específicamente, revelan cómo se tranquiliza a los hombres ante la supuesta pérdida de su capacidad y destreza sexual y, además, cómo se les plantea que su desempeño sexual podría mejorar. Este aspecto fue esencial en las representaciones de los orientadores del servicio de vasectomía (Viveros et al., 1998), en algunas investigaciones del Reino Unido (Dyck, 2013) y en la representación publicitaria del procedimiento (Shropshire, 2014). En el primer caso, en el espacio de la consultoría, "el orientador tranquiliza al usuario haciendo referencia a los efectos positivos del método sobre su posterior desempeño sexual" (Viveros et al., 1998, p. 102). Así, el orientador invierte la relación que suele establecerse cotidianamente entre vasectomía y desempeño sexual. Además, en consonancia con la anterior representación —aunque de forma matizada— "la orientadora plantea que la vasectomía […] permite tener relaciones sexuales placenteras al brindar tranquilidad, eliminar el temor de embarazos no deseados y posibilitar el desarrollo positivo de la vida de *pareja*"[8] (Viveros et al., 1998, p. 100). Como Viveros et al. (1998) lo aclaran, la orientadora presenta los beneficios de la vasectomía en términos relacionales (la pareja) mientras que el orientador se enfoca en los beneficios individuales (sólo el hombre). Esto también ocurre en algunas investigaciones publicadas en el Reino Unido, en

[8] Énfasis añadido.

donde varios estudios afirmaban que la vasectomía ofrecería un "nuevo grado de liberación sexual para los hombres" (Dyck, 2013, p. 137). Finalmente, en el caso canadiense, mediante una publicidad en una revista, la discusión sobre la vasectomía es acompañada por la imagen de una enfermera sexualizada que, según la autora, plantea una pregunta muy clara: "¿estás listo para permitir que las mujeres tomen tu hombría en nombre de la gratificación sexual continua?" (Shropshire, 2014, p. 171). De esta forma, la representación publicitaria del procedimiento lo asociaba con la posibilidad de garantizar (y potenciar) el deseo sexual masculino. En términos generales, las anteriores investigaciones muestran cómo la publicidad y las prácticas médicas establecen una equivalencia entre la sexualidad masculina y unos impulsos supuestamente incontrolables (Gutmann, 2004, p. 227).

Para finalizar, las investigaciones consideradas hasta ahora no han considerado en detalle la historia del procedimiento (Shropshire, 2014, p. 167). Shropshire (2014) advierte que, sin embargo, en

> Canadá, la evolución de técnicas quirúrgicas tales como la vasectomía de una sola incisión, la vasectomía sin bisturí [y otras] han jugado un papel significativo en la creciente popularidad de la vasectomía desde los años 80 (p. 163).

Según la autora, los médicos eran muy conscientes de que los hombres se animarían a usar el método si éste se mostraba como un procedimiento muy sencillo (Shropshire, 2014, p. 174). Para el caso mexicano (a mediados de los años 90) se plantea algo similar. Según Gutmann (2016),

> el desarrollo del procedimiento sin bisturí tenía más que ver con la búsqueda de maneras de atraer a una mayor cantidad de hombres a la operación, al retirar su miedo a la incisión, de lo que representaba cualquier ventaja técnica de la pinza por sobre el bisturí (p. 183).

Al respecto, en el contexto canadiense, "no todos los médicos estaban convencidos de que la técnica sin bisturí fuera superior, viéndola como poco más que un artilugio" (Shropshire, 2014, p. 176). La autora hace referencia a un artículo médico de 1999 que fue muy debatido y que criticaba la supuesta superioridad de la técnica sin bisturí (Shropshire, 2014, p. 176). A pesar de ese debate, la promoción que se hizo de la vasectomía sin bisturí la mostraba como un procedimiento superior (Shropshire, 2014, p. 176). En general, estas menciones plantean una asociación entre los aspectos técnicos del procedimiento y ciertas representaciones de la masculinidad que, sin embargo, no han sido suficientemente exploradas. Adicionalmente, estas investigaciones permiten considerar que la descripción de la vasectomía como un procedimiento simple, con bajo riesgo, y casi libre de dolor

—presente, sin mayor discusión, en la inmensa mayoría de las investigaciones—, es posible gracias a los esfuerzos de promoción y los cambios de la técnica (Shropshire, 2014).

Relacionado con otros asuntos técnicos, en Colombia, a pesar de las recomendaciones por parte de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de usar personal paramédico y no especialista para llevar a cabo el procedimiento, eso no sucede; una de las estrategias fue emplear personal médico altamente calificado (urólogos/as) (Viveros Vigoya, 2002b, p. 318). En Israel, en vez de usar anestesia local, se opera con una sedación semiconsciente vía intravenosa (Friedman & Hashiloni-Dolev, 2023, p. 398). Según las autoras, las razones para el uso de la sedación intravenosa no se debe a valoraciones técnicas ni financieras sino, por el contrario, a la consideración de la vasectomía como "una experiencia complicada y abrumadora que puede dejar cicatrices mentales y, por lo tanto, lo mejor para el paciente es no ser consciente de lo que se realiza en su cuerpo" (Friedman & Hashiloni-Dolev, 2023, p. 405). En general, más allá de ahondar en los detalles técnicos, estas menciones ayudan a vislumbrar que los cambios quirúrgicos de la vasectomía, en algunos casos, se deben a algunas preocupaciones masculinas: disminución del dolor en los testículos (o en zonas asociadas simbólica y materialmente a la sexualidad del hombre) o la consideración del procedimiento como un evento traumático para ellos.

Aunque se trata de pocas investigaciones, los anteriores casos muestran que la orientación en el ofrecimiento del servicio o la discusión académica relativas a la vasectomía se encuentran estrechamente relacionadas con algunos asuntos de preocupación masculina. No solo se presenta la contraposición usual entre vasectomías y masculinidades sino que, además, se muestra cómo la forma de proveer el servicio (incluso en asuntos considerados técnicos: anestesia o procedimiento quirúrgico) articula o incorpora características hegemónicas (la garantía de un alto desempeño sexual) y asuntos de preocupación para algunos hombres (miedo a la incisión). Retomando a Shropshire (2014), este último apartado ofrece un punto de partida para comprender la materialización tecnocientífica de las representaciones culturales sobre la masculinidad.

1.1.3 Conclusión

En general, las investigaciones sobre las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía han planteado varias ideas clave: la comprensión contextualizada y material de la producción y el mantenimiento de las masculinidades, la negociación entre masculinidades hegemónicas y no hegemónicas que produce prácticas y representaciones híbridas, en otras palabras, una invitación a la comprensión heterogénea y compleja de las masculinidades. También han planteado la superación

de la contraposición usual entre vasectomía y masculinidad hegemónica que, además, considera implícitamente la vasectomía como una decisión y un método anticonceptivo necesariamente progresista. Por otra parte, sobre todo en las investigaciones del último apartado, la vasectomía como procedimiento técnico ni las prácticas científicas se encuentran exentas de producirse en relación con las distintas representaciones sobre las masculinidades. En otras palabras, los hombres (y sus parejas) que deciden someterse a una vasectomía no son los únicos "lugares" en donde se producen y mantienen las masculinidades. Todos estos desplazamientos argumentativos y empíricos han producido una superación de las dicotomías usuales o cotidianas que se plantean sobre las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía.

1.2 Segunda parte. Una apuesta analítica fructífera: entramados entre masculinidades y tecnociencia

La preocupación por algunos aspectos tecnocientíficos en el estudio de las relaciones entre las masculinidades y la vasectomía ha abierto un camino incipiente, aunque importante, en la comprensión de la complejidad del fenómeno. Dado que esta tesis pretende continuar y desarrollar esa ruta, es necesario hacer un balance de las investigaciones que se hayan enfocado en las relaciones entre masculinidades y algunas prácticas/objetos tecnocientíficos, especialmente aquellos relacionados con la sexualidad y reproducción masculinas. Por "prácticas/objetos tecnocientíficos" hago alusión aquí, por ejemplo, a las prácticas médicas cotidianas para el tratamiento de la infertilidad masculina, al desarrollo de pruebas clínicas sobre métodos anticonceptivos o a los artículos científicos publicados sobre esperma. Se trata de todos aquellos fenómenos asociados con la intervención médica o institucional en la provisión e investigación de tratamientos o problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva masculina. A diferencia del primer apartado, todas las investigaciones que aquí se consideran se enfocan en esos procesos.

Antes de entrar al detalle de las investigaciones aquí consideradas, es importante hacer algunas menciones generales sobre el balance presentado. Primero, los ejes que articulan las relaciones entre las distintas investigaciones corresponden a distintos aspectos o características de la masculinidad estrechamente articulados a prácticas/objetos tecnocientíficos. Es decir, con el propósito de realizar el balance de estas investigaciones, me pregunto: ¿cómo aparecen articuladas las masculinidades y las prácticas/objetos tecnocientíficos en cada investigación? ¿Cuáles son, en general, las caracterizaciones sobre la masculinidad (articuladas a prácticas/objetos tecnocientíficos) más recurrentes en el conjunto de la literatura? De esta forma, los ejes que se irán desarrollando a lo largo

de este balance son los siguientes: la adjudicación o la falta de responsabilidad, compromiso y confianza de los hombres (en asuntos anticonceptivos y en tratamientos médicos), los mandatos sobre la heterosexualidad, la monogamia y la penetración en las relaciones de pareja y sexuales, la defensa o el cuestionamiento de la asociación entre la paternidad y la fertilidad y, finalmente, la articulación e inscripción de posiciones sociales y de raza en los bancos de esperma. En algunos casos, cuando resulte apropiado, se hará una exposición general del argumento planteado por las investigaciones.

Segundo, la poca presencia histórica de los hombres en el ámbito de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar, específicamente en términos de ser considerados como sujetos sobre los cuales se interviene e investiga, se reproduce en la literatura aquí considerada. Aunque todas comparten, en mayor o menor medida, una temática muy particular (las relaciones entre masculinidades y objetos/prácticas tecnocientíficas en el campo de la sexualidad y reproducción masculinas), únicamente la obra de Nelly Oudshoorn (1999, 2000, 2003a, 2003b, 2004) nos habla específicamente sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar masculinas[9]. Las demás investigaciones, por el contrario, tratan otros temas relacionados con la sexualidad y reproducción masculinas: el desarrollo y promoción del Viagra (Camoletto, 2019; Johnson, 2016; Loe, 2001, 2004; Mamo & Fishman, 2001), la producción histórica y científica de la disfunción eréctil (Johnson, 2016; Wentzell, 2017) y su relación con el proceso de envejecimiento (que, entre otros, incluye la producción científica de la andropausia) (Camoletto, 2019; Marshall, 2009; Watkins, 2008), la evaluación y el conocimiento sobre el semen y, particularmente, las prácticas médicas en bancos de semen/esperma (Mohr & Hoeyer, 2018; Moore, 2002, 2007; Moore & Schmidt, 1999; Wu, 2011), las clínicas para el tratamiento de la infertilidad (Thompson, 2005) y, finalmente, la investigación demográfica de Malthus y sus seguidores (McCann, 2009). La excepcionalidad del trabajo de Oudshoorn implicó dos consideraciones: a) la necesidad de incluir esas otras investigaciones que, en todo caso, se preocupan por prácticas/objetos tecnocientíficos que tendrían relación con los métodos anticonceptivos masculinos; al intervenir aspectos de la reproducción y sexualidad masculinas y, b)

[9] Aunque algunas investigaciones históricas que abordan esa temática son igualmente excepcionales e importantes (Huhle, 2023; Tone, 2002), para los propósitos de este balance basta con hacer una mención específica para capturar lo esencial y pertinente de sus desarrollos argumentativos. Esto, por supuesto, no sucede en el caso de lo planteado por Oudshoorn —quien, muchas veces, recibirá bastante atención—.

la necesidad de otorgar cierta centralidad a la obra de Oudshoorn en el balance de la literatura: lo que implicará, en algunos casos, hacer una presentación extensa de sus hallazgos.

Finalmente, aunque la obra general de algunas autoras no se limita a asuntos considerados usualmente como tecnocientíficos, demostrando así la pertinencia de explorar diversos ámbitos de la realidad para una comprensión amplia de los fenómenos[10], he decidido enfocarme en los argumentos y hallazgos relacionados con la tecnociencia, ya que se trata del ámbito sobre el que algunas investigaciones —de forma incipiente, aunque promisoria— han estudiado las relaciones entre vasectomías y masculinidades[11]. En otras palabras, son los hallazgos y argumentos sobre la tecnociencia los más pertinentes para los propósitos de esta investigación.

1.2.1 Así son los hombres: *poco comprometidos* y *confiables* (en asuntos de anticoncepción)

Como se mencionó, la pertinencia de la obra de Oudshoorn es ineludible. Uno de sus hallazgos clave consiste en afirmar que el lenguaje o los términos con los cuales se incluye a los hombres en la planificación familiar y en el uso de métodos anticonceptivos no es un asunto trivial. Por el contrario, su importancia se hace evidente al constatarse que se trata de un terreno de disputa y negociación políticas, específicamente, en términos de las posibilidades u obstáculos que el lenguaje plantea para la viabilidad cultural del desarrollo de métodos anticonceptivos masculinos. Esta afirmación, transversal a su obra aunque desarrollada con mayor detalle en sus primeros artículos (Oudshoorn, 1999, 2000) y en el sexto capítulo de *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making* (Oudshoorn, 2003b), es resultado del análisis de las discusiones que se dieron entre diversos actores[12] durante el desarrollo de métodos anticonceptivos hormonales masculinos (administrados mediante

[10] Hago alusión a las obras completas (aunque algunas citadas parcialmente) de Nelly Oudshoorn (2003b), Lisa Jean Moore (2007) y Meika Loe (2004). En ellas se consideran otros ámbitos de la realidad para sus análisis (la promoción/publicidad de medicamentos o las experiencias y narrativas de los hombres —pacientes, usuarios, no expertos— involucrados en el proceso).

[11] Vale la pena advertir que, considerando la comprensión amplia que ofrecen las autoras mencionadas en la nota anterior, en el caso colombiano no existe ningún estudio sobre las relaciones entre la vasectomía y las masculinidades que se haya preocupado por el proceso de promoción o publicidad. Aunque daré cuenta de algunos pocos elementos en el capítulo empírico, sin duda es una ruta de análisis que queda por explorar.

[12] Entre otros, investigadores involucrados en el desarrollo de métodos anticonceptivos, organizaciones internacionales interesadas en políticas de planificación familiar, movimientos feministas heterogéneos y la prensa.

inyecciones) y en espacios que buscaban incluir a los hombres en las políticas de planificación familiar[13]. Aunque, como veremos más adelante, es particularmente relevante la materialización de esas discusiones en algunos artículos científicos, es útil iniciar con la discusión general que ella plantea.

Un aspecto importante giró en torno a la siguiente representación: los hombres *no se comprometen* con el uso de métodos anticonceptivos y, por lo tanto, *no se puede confiar en ellos* para asuntos de planificación familiar. Esta representación fue planteada, entre otros actores, por aquellas feministas que se oponían a la inclusión de los hombres en asuntos de planificación familiar (Oudshoorn, 2000, 2003b). Dada la importancia que se adjudicó históricamente al desarrollo de métodos anticonceptivos femeninos para el logro y fortalecimiento de la libertad de las mujeres, "estas feministas plantearon que las mujeres no se sentirían cómodas con la idea de depender de alguien más para [sus] necesidades reproductivas y que la mayoría de los hombres no son de confiar" (Oudshoorn, 2000, p. 128). Precisamente, la posibilidad de delegar en los hombres el uso de métodos anticonceptivos (con las correspondientes consecuencias para la salud reproductiva de la pareja) podría representar una amenaza para la autonomía de las mujeres. La autora considera que esa representación particular ofrecida por algunas feministas "reproducía y dependía de [ciertos] estereotipos culturales hegemónicos de la masculinidad" (Oudshoorn, 2000, p. 129). Adicionalmente, esta idea fue aceptada y divulgada por un sector importante de la prensa (en los Países Bajos y en el Reino Unido) quienes, además, afirmaban que los hombres son "super sensibles debido al dolor causado por las inyecciones anticonceptivas" (Oudshoorn, 2003b, p. 237). Así, en las discusiones sobre la participación de los hombres en asuntos de planificación, ciertas representaciones hegemónicas se articularon para desaconsejar su inclusión.

Incluso, esta representación estuvo presente en las discusiones que se dieron sobre el uso de condones en Estados Unidos a finales del siglo XIX y principios del XX (Tone, 2002) y en las investigaciones realizadas, mediante encuestas, en los años 60 y 70 sobre fertilidad en Colombia (Huhle, 2023). En el primer caso, los "defensores del control de la natalidad desconfiaban de la habilidad de los hombres para ser usuarios diligentes" (Tone, 2002, p. 67). En el segundo caso, cuando se trataba de la implementación de programas de planificación, varios médicos planteaban que "los hombres colombianos no eran capaces de controlar su sexualidad, tomaban mucho, carecían

[13] Por ejemplo, en el desarrollo de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).

generalmente de auto control y no estaban dispuestos a usar condones" (Huhle, 2023, p. 121). Nuevamente, estas investigaciones muestran cómo ciertas consideraciones médicas concebían a los hombres como personas que no se comprometerían con el uso de métodos anticonceptivos y, por lo tanto, no eran de confiar en asuntos de planificación. Así, se desaconsejaba su inclusión en las políticas de planificación.

1.2.2 Adjudicación y exigencia de *responsabilidad* y *compromiso*

Sin embargo, como contrapartida, las feministas que sí abogaban por el desarrollo de métodos anticonceptivos masculinos articulaban la siguiente representación: "hombres que están dispuestos a compartir los riesgos para la salud y las responsabilidades de la anticoncepción con sus parejas" (Oudshoorn, 2000, p. 129). Estas feministas "se oponían a la idea de que la anticoncepción era [solo] responsabilidad de las mujeres y hacían énfasis en que los hombres tenían una responsabilidad social y personal con su comportamiento sexual y reproductivo" (Oudshoorn, 2000, p. 127). En últimas, posibilitando la viabilidad cultural del desarrollo de métodos anticonceptivos masculinos, articulaban la representación de los hombres como sujetos *responsables* y *cuidadosos*[14].

Es importante aclarar que no solo las feministas hicieron parte de este terreno en disputa. Una organización médica internacional y no gubernamental jugó un papel fundamental: la Asociación para el Acceso Seguro y Voluntario de la Anticoncepción (AVSC, por sus siglas en inglés)[15]. Precisamente, en el desarrollo de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), tres representantes de la AVSC afirmaban que los participantes "discutieron por horas sobre lo que implicaban o no ciertas palabras relativas al concepto de participación masculina. [Consideraban que] lo que se entiende por la participación de los hombres y las palabras con las que se describe esa participación […] siguen

[14] El cuidado radica en la preocupación que tendrían los hombres respecto de la salud de sus parejas. La autora sí considera explícitamente que esta característica es articulada por algunas feministas (Oudshoorn, 2000, p. 129). Sin embargo, como veremos, su uso parece ser más recurrente en los artículos científicos sobre pruebas clínicas.

[15] Esta organización ha cambiado a lo largo de muchas décadas (incluido su nombre). Entre muchos otras denominaciones, por ejemplo, a inicios de 1940 se conoció como la Liga de Esterilización de New Jersey, en 1965 como La Asociación para la Esterilización Voluntaria y, más contemporáneamente, en 1991 se llamaba Asociación para el Acceso Seguro y Voluntario de la Anticoncepción. Lo importante de este cambio de nombres es que, seguramente, aquí también existe un terreno de disputa y negociación políticas (Gonzales, 2014, pp. 2-3; Oudshoorn, 2003b, p. 133).

siendo asuntos controversiales" (Oudshoorn, 2003b, pp. 131-132). A propósito, los términos que generaron debate fueron los de "participación masculina", "programas masculinos" y "responsabilidad masculina" (Oudshoorn, 2003b, p. 132)[16]. Particularmente relacionado con este acápite, el tercer término ("*responsabilidad* masculina") tenía "connotaciones positivas para las defensoras de la salud de las mujeres, quienes sostenían que los hombres deberían compartir los riesgos de los métodos anticonceptivos" (Oudshoorn, 2003b, p. 136); no así para la AVSC, quienes "interpretaron este término como una declaración de que los hombres son intrínsecamente irresponsables" (Oudshoorn, 2003b, p. 136). Es decir, en la discusión sobre la participación de los hombres en las políticas de planificación familiar (que incluía a diversos sectores), una característica como la *responsabilidad* fue articulada con el propósito de que los hombres fueran incluidos. Así, las formas de representar los comportamientos en el ámbito reproductivo jugaban un papel determinante en la posibilidad de su inclusión y participación.

Por otro lado, las exigencias sobre la *responsabilidad* masculina también aparecen en las prácticas de los pacientes en una clínica de infertilidad (Thompson, 2005) y en los requisitos para ser aceptados como donantes de esperma (Mohr & Hoeyer, 2018). En el primer caso, en el marco del tratamiento médico, "se espera que los hombres actúen de forma que demuestren compromiso como pacientes y [en] apoyo a sus parejas. [Esa cualidad] era usada, además, como razón para deducir la probabilidad de que un hombre particular fuera un buen padre" (Thompson, 2005, p. 135). Es decir, la demostración de su compromiso y responsabilidad con el tratamiento llevado a cabo le otorgaba valor como paciente, esposo y futuro padre; en últimas, se trataba del comportamiento apropiado y esperado que, en algunas ocasiones, podría implicar consecuencias reales para el tratamiento (Thompson, 2005, pp. 133, 135). En el segundo caso, en la realización de un cuestionario —que, en general, cumple la función de identificar la pertenencia (o no) de los pacientes en ciertos grupos de riesgo que podrían afectar la calidad del esperma donado (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 18)—, un candidato para donación reconoce que los problemas médicos de un familiar se deben a un estilo de

[16] De forma sintética, la discusión en torno a los dos primeros términos consistía en lo siguiente: el primero, según planteaban grupos feministas y de defensoras de los derechos de las mujeres, implicaba que los hombres no están involucrados en la planificación familiar y que tal involucramiento es necesariamente positivo. Ellas argumentaban, por el contrario, que ya han estado involucrados como creadores de políticas, prestadores de servicios o esposos y que, además, eso ha implicado (en algunos casos) una limitación a la autonomía de las mujeres. El segundo término, además, planteaba algunos interrogantes: ¿qué espacio (físico y económico) ocuparían esos programas? ¿No competirían por los recursos escasos con los que se han intentado crear los programas para las mujeres? (Oudshoorn, 2003b, pp. 127, 132).

vida desorganizado (Mohr & Hoeyer, 2018). Según los autores, en ese contexto, "presentarse con información relevante sobre la historia médica propia es parte de demostrar responsabilidad" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 19). En estos últimos casos, las prácticas cotidianas de participación en un tratamiento médico exigen a los pacientes que sus comportamientos puedan ser leídos como *responsables*.

En síntesis, en los distintos casos aquí mencionados, se muestra cómo la *responsabilidad* y el *compromiso* constituían dos rasgos deseados, adjudicados y esperados en los hombres (en asuntos anticonceptivos y en otros tratamientos de salud sexual y reproductiva). La *responsabilidad* masculina (y los significados contextuales otorgados a esa característica) les permitía a los hombres la posibilidad de ser incluidos en la planificación y, además, se convertía en un parámetro para el ofrecimiento de los diferentes tratamientos médicos.

1.2.3 Producción de *responsabilidad* y *compromiso* (en asuntos de anticoncepción)

Aunque las menciones a las anteriores investigaciones comienzan a ofrecer elementos sobre la masculinidad existentes en espacios y prácticas médicas, la relación entre tecnociencia y masculinidad es más evidente en el análisis realizado por Oudshoorn sobre algunos artículos científicos. Aquí, comienzan a ser más interesantes los hallazgos. Sin duda, ese caso es particularmente relevante para este balance.

Según ella, "desde finales de los años 80, el vocabulario de la investigación en planificación familiar se ha enriquecido con términos como 'compromiso' y 'paternidad responsable'" (Oudshoorn, 2003b, p. 124). Además, los científicos

> han defendido decididamente la imagen del hombre cuidadoso. En sus textos, rechazan la idea de que los hombres no estarían dispuestos a usar un nuevo anticonceptivo al afirmar que los hombres siempre han jugado un rol importante en la planificación familiar (Oudshoorn, 2000, pp. 129, 133).

Por ejemplo, en un artículo publicado en la revista médica internacional *Fertility and Sterility*, "la sección sobre interrupciones [del uso del método] contiene una representación específica del potencial usuario como el grupo de hombres que comparte las responsabilidades de la anticoncepción con sus parejas" (Oudshoorn, 1999, p. 271). Además, en ese artículo, el alto cumplimiento de los participantes con el método es presentado como evidencia de su compromiso y responsabilidad

(Oudshoorn, 1999, p. 271). Sucede lo mismo en el boletín de prensa creado por la OMS mediante el que se buscaba difundir los resultados de esa prueba clínica (Oudshoorn, 1999, pp. 275, 281) y en un estudio médico sobre aceptabilidad del método (Oudshoorn, 2004, p. 356). En síntesis, "en reacción a la crítica feminista" (Oudshoorn, 2000, p. 132) y al debate alrededor del posible compromiso y confianza que podría tenerse en los hombres, los investigadores articulaban una representación de los hombres como personas responsables y cuidadosas (Oudshoorn, 2003a, p. 221, 2004, p. 356).

Lo anterior muestra con claridad cómo estos múltiples esfuerzos por parte de los investigadores —al oponerse o refutar representaciones que obstaculizan la viabilidad cultural de un método anticonceptivo masculino— constituye un aspecto importante de su labor investigativa; en efecto, son preocupaciones que merecen un espacio en los artículos que reportan el desarrollo de las pruebas clínicas. En general, estos esfuerzos demuestran que en "la investigación en anticonceptivos masculinos, los científicos no operaron de forma aislada respecto de algunas ideas disponibles y ciertos acuerdos sociopolíticos. Ellos construyeron su campo en diálogo con gobiernos de oriente y feministas de occidente" (Oudshoorn, 2000, p. 129).

Sin embargo, es importante aclarar que "para negociar esa identidad no hegemónica, los investigadores en anticonceptivos y los participantes de las pruebas clínicas también recurrieron a representaciones hegemónicas de la masculinidad" (Oudshoorn, 2004, p. 359). Por ejemplo, se consideraba a los participantes como aventureros que exploraban un territorio aún desconocido (Oudshoorn, 2003a, p. 224, 2004, p. 361) o se los felicitaba por su compromiso y constancia (Oudshoorn, 2003a, p. 224). Además, en algunos casos, la decisión de participar en las pruebas incluía razones egoístas: no usar el condón o no considerar una vasectomía (Oudshoorn, 2003a, pp. 221-222). En general, además de representar a los hombres como responsables y cuidadosos, "los investigadores y los participantes transformaron la participación en la prueba clínica en un acto pionero y valiente" (Oudshoorn, 2003a, p. 224, 2004, p. 360). De esta forma, las representaciones hegemónicas y no hegemónicas de la masculinidad se incorporaron de forma recurrente en la publicación científica y en la participación en las pruebas clínicas.

En todo caso, no solo mediante representaciones específicas en los artículos publicados, los investigadores intentaban dar respuesta al debate sobre la responsabilidad, compromiso y confianza de los hombres. Estos esfuerzos también se expresaron en posibles modificaciones al método anticonceptivo mismo y en el establecimiento de un usuario específico para las pruebas clínicas.

En el primer caso, en el marco de las pruebas clínicas apoyadas por la OMS, "el criterio para la aceptabilidad [del método] se centró en la incidencia de efectos secundarios y en las reacciones psicológicas a la inyección" (Oudshoorn, 1999, p. 280). Además del asunto psicológico y del dolor asociado (como fue presentado por la prensa), otro asunto podría afectar el compromiso de los hombres con el método: el intervalo entre inyecciones. En efecto, "los hombres que participaron en dos pruebas clínicas […], quienes probaron inyecciones semanales, no se oponían a las inyecciones como tal, pero consideraban su frecuencia como [algo] problemático" (Oudshoorn, 2003b, p. 217). Por esta razón, esta preocupación masculina fue incluida en el artículo de *Fertility and Sterility,* en donde se describe que el método anticonceptivo aún no está completamente desarrollado y que "este problema puede ser resuelto de forma técnica (sintetizando un compuesto de testosterona que permita mayores intervalos entre las inyecciones)" (Oudshoorn, 1999, p. 280). Es decir, la preocupación masculina sobre las inyecciones y la discusión generalizada sobre su falta de compromiso son asuntos incorporados a la forma técnica que adquiere un método anticonceptivo particular: aumentar los intervalos podría repercutir en un mayor compromiso de los hombres con el uso del método.

En el segundo caso (siendo otro de los hallazgos clave de Oudshoorn), la configuración de la identidad de género de los usuarios en las pruebas clínicas también permitió responder a la preocupación sobre la falta de compromiso de los hombres (Oudshoorn, 2003a, 2003b, 2004). Los investigadores incluyeron y confiaron en las parejas femeninas de los participantes (Oudshoorn, 2003a, p. 216). Ellas los motivaron a participar y fueron involucradas para registrar los cambios de sus parejas —en términos de comportamiento y actividad sexual— (Oudshoorn, 2003a, pp. 216-217). Además, según la OMS, la evaluación de las fallas del método anticonceptivo (a diferencia de lo que ocurriría en una prueba de un método femenino) no podía descansar en la constatación de un embarazo, ya que —en este caso— no era posible descartar el hecho de que "la pareja no tratada podría […] tener relaciones sexuales con alguien más" (Oudshoorn, 2003a, p. 218). Por lo tanto, era importante garantizar el compromiso de ambos (hombre y mujer) para evitar sesgar la información debido a posibles relaciones sexuales extramaritales de la pareja femenina (Oudshoorn, 2003a, p. 218). En últimas, "para configurar a los hombres como sujetos de prueba confiables, los médicos seleccionaron hombres en relaciones estables" (Oudshoorn, 2003a, pp. 216, 219, 2003b, p. 239); seleccionaron a hombres cuya identidad de género era heterosexual y monogámica.

Las menciones de este acápite, centradas exclusivamente en la obra de Oudshoorn, muestran diversas relaciones entre los métodos anticonceptivos masculinos desarrollados y las representaciones e

identidades de género articuladas. No solo evidencian que las representaciones contrahegemónicas eran articuladas constantemente en los artículos científicos (de forma que no eran menciones aisladas) sino que, además, la incorporación práctica de los candidatos a las pruebas hizo uso de representaciones hegemónicas. Así, la publicación y el desarrollo de las pruebas clínicas son modificadas y caracterizadas por las representaciones de la masculinidad que fueron incorporadas. Por estas razones, solo se consideró un tipo particular de hombres para ser parte de las pruebas y se estaban haciendo esfuerzos para modificar las características técnicas del método anticonceptivo que se estaba poniendo a prueba.

Continuando con el balance, la articulación de la *monogamia* y la *heterosexualidad* que acaba de ser presentada constituye un elemento transversal a casi todas las investigaciones[17]. Algunas de ellas hacen menciones particulares a estos aspectos en su argumentación (Camoletto, 2019; Johnson, 2016; Mamo & Fishman, 2001; Wu, 2011); otras, por el contrario, le adjudican mayor centralidad (McCann, 2009; Mohr & Hoeyer, 2018; Oudshoorn, 2003b). Precisamente, este será el asunto que se tratará a continuación.

1.2.4 Una condición normal y deseable: *heterosexualidad* y *monogamia*

De forma bastante sintética, algunas de las menciones empíricas particulares sobre heterosexualidad y monogamia son las siguientes: en el contexto de las transformaciones relacionadas con la técnica de inseminación artificial mediante donantes de esperma en Taiwán, "los doctores [la] definieron como un tratamiento para la infertilidad masculina y la regulación oficial desde mediados de los 80 ha limitado [su] acceso a parejas heterosexuales, prohibiendo que [se convierta] en una nueva forma en que mujeres solteras o lesbianas lograrían un embarazo" (Wu, 2011, p. 99). Por otra parte, considerando las representaciones de los médicos en Italia que tratan adultos mayores con problemas sexuales (durante el auge del Viagra), estos profesionales consideran que "la ayuda farmacológica es una posibilidad médica y social aceptable solo si se tiene sexo en el marco de una pareja heterosexual de larga duración" (Camoletto, 2019, pp. 212-213). Además, sobre las transformaciones discursivas (entre 1990 y 2015) de la disfunción eréctil y la impotencia en una

[17] En un estado del arte increíblemente amplio de la investigación crítica que se ha hecho desde las ciencias sociales sobre la "disfunción sexual masculina" (que excede en varios aspectos la pertinencia del balance aquí presentado) se considera que la heterosexualidad es un asunto transversal a la comprensión médica que se ha ofrecido sobre la sexualidad masculina (Wentzell, 2017, p. 492).

revista médica sueca, antes de 1995 (es decir, antes del Viagra), se considera que los pacientes "que responderían más satisfactoriamente al tratamiento son hombres en relaciones de larga duración y, cuando se discute sobre ellos, este 'paciente' es referido como la pareja" (Johnson, 2016, p. 55)[18]. Posterior a 1995 los discursos asumen que los pacientes son heterosexuales (Johnson, 2016, p. 61) lo que, a juicio de la autora, "no es único y refleja una extendida heteronormatividad en las discusiones que se dan en inglés sobre el Viagra y la impotencia" (Johnson, 2016, p. 61). En todos estos casos, la heterosexualidad y la monogamia describen las características de los hombres sobre los cuales se considera más pertinente y adecuado llevar a cabo los diferentes tratamientos médicos. En términos generales, las anteriores investigaciones muestran cómo las prácticas médicas y las investigaciones publicadas sobre salud sexual y reproductiva masculina se organizan en torno a un tipo particular de paciente: un hombre heterosexual y monógamo.

Por otro lado, estas características son resaltadas por McCann (2009) en la relectura que hace de la obra clásica de Malthus (*Ensayo sobre el Principio de la Población*), al intentar poner de relieve la gramática de género que estructura su narrativa. Para mayor claridad del argumento, se hará alusión a algunos aspectos generales. Partiendo de la tensión y desbalance entre el crecimiento poblacional y los recursos disponibles —aparte de los "controles positivos" al crecimiento desmedido (enfermedades, por ejemplo)—, Malthus plantea que el balance puede ser alcanzado mediante un "control preventivo", es decir, mediante una restricción moral razonada (McCann, 2009, p. 149). En otras palabras, aunque la reproducción se conciba como un comportamiento instintivo, los hombres estarían en capacidad de usar su razón para calcular las posibilidades que tienen de proveer los medios de subsistencia necesarios para su descendencia (McCann, 2009, p. 149). Según la autora, Malthus concibe a los hombres como personas que aplican principios de mercado para calcular el costo de tener hijos y, además, Malthus considera que la postergación de la castidad debe ser hasta el matrimonio (McCann, 2009, p. 150). Aunque es perfectamente posible que exista reproducción antes o fuera de la relación matrimonial, según la autora, "Malthus advierte fuertemente en su contra, argumentando que el sexo fuera del matrimonio heterosexual es un peligro en sí mismo" (McCann, 2009, p. 150). Por lo tanto, las decisiones racionales que conducirían a un balance entre crecimiento

[18] Quienes "son más difíciles de tratar son los hombres solteros" (Johnson, 2016, p. 55). Según la autora, "esta tipología de pacientes está basada en factores sociales y hace énfasis en las relaciones de los hombres con otras [personas], no en las causas mecánicas o biológicas de la impotencia" (Johnson, 2016, p. 55) que es, precisamente, lo que sucederá después de la introducción del Viagra.

y recursos están acompañadas por una lógica monogámica y heterosexual; es en esos ámbitos en donde se logra el equilibrio racional-moral y, por lo tanto, se evita caer en miseria y pobreza (McCann, 2009). En síntesis, esta investigación muestra cómo el comportamiento poblacional planteado por Malthus se sostiene sobre el comportamiento de un individuo particular: un hombre heterosexual, monógamo y calculador que, precisamente por esas características, puede contribuir a un crecimiento poblacional estable. Nuevamente, como sucede en algunas de las anteriores investigaciones, aquí se muestra cómo la heterosexualidad y la monogamia se articulan en la argumentación científica.

Finalmente, aunque Mohr y Hoeyer (2018) plantean un hallazgo interesante relativo a la heterosexualidad —los lineamientos para la donación de esperma en Dinamarca se sustentaban bajo el presupuesto de que los hombres que tienen sexo con otros hombres tienen mayor riesgo de infección por VIH, por lo tanto, se privilegiaban hombres heterosexuales para ser candidatos de donación de esperma (en vez de evaluar el riesgo real en cada caso) (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 28)[19]—, a continuación se hará alusión a otra característica/demanda que, además, articula un aspecto particular que es compartido por otras investigaciones (Loe, 2001, 2004; Mamo & Fishman, 2001; Wentzell, 2017): la *penetración* como mandato en las relaciones sexuales masculinas.

1.2.5 Un mandato: las relaciones sexuales son *penetrativas*

Mohr y Hoeyer (2018) analizan las valoraciones que hacen profesionales de la medicina sobre la calidad del semen en tres contextos distintos[20]. En el primero, relativo a una clínica para el tratamiento de la infertilidad masculina, se valoran muestras de semen con un propósito: "decidir si un hombre, e implícitamente una pareja, podría recibir tratamiento para lograr ser padre(s)" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 15). Dentro de los muchos aspectos que se consideran en la valoración del

[19] En otras palabras, se descartaban hombres homosexuales como posibles donantes. Según esa misma lógica, en otra investigación se menciona que también se descartaban hombres bisexuales como posibles donantes (Moore & Schmidt, 1999, p. 349).

[20] Clínicas para el tratamiento de la infertilidad masculina, bancos de donación de esperma y esperma in-vitro, es decir, producido artificialmente en un laboratorio (inicialmente se produjeron espermatozoides de ratones en el laboratorio que, además, permitieron producir descendencia. Luego se continuó la investigación con tejidos humanos). (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 20).

semen[21], llama la atención uno en particular: "la prueba de la penetración" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 16). Consiste en lo siguiente: "los espermatozoides son colocados al interior de claras de huevo para probar su capacidad de movimiento. De esta forma, las claras de huevo reemplazan el cuerpo femenino, al ser escogidas [por] su similitud con la mucosa vaginal" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 16). Aquí es importante notar que, a juicio de los autores, los médicos/investigadores no plantean que las claras de huevo asemejen, por ejemplo, a un óvulo sino, más bien, a una parte del tracto genital femenino. De esta forma, "un espermatozoide es suficientemente bueno si es capaz de moverse a través del cuerpo de una mujer para lograr [una] fertilización" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 17). En otras palabras, "el objetivo es asegurar que unas personas se vuelvan padres al crear un ambiente que sea lo más cercano a la fertilización mediante coito heterosexual" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 17). En síntesis, esta investigación muestra cómo la lógica de la penetración (un pene que deposita semen al interior de una vagina) fundamenta la valoración específica que se hace del semen en ese contexto[22].

Este último aspecto está también presente en las valoraciones y pruebas que se realizaron sobre el Viagra. Aunque preocupadas fundamentalmente por los materiales promocionales en Estados Unidos, Mamo y Fishman (2001) plantean que la "prueba clínica de la eficacia del fármaco en sí mismo dependió casi exclusivamente de la medida en que pudiera ser lograda (o no) una relación sexual 'exitosa' (definida como penetración peneana) luego de haber ingerido Viagra" (p. 24). Un folleto informativo hacía énfasis en la capacidad penetrativa del hombre (Mamo & Fishman, 2001, p. 24). Además, estas consideraciones son tenidas en cuenta por los médicos, en un estudio que se centra en sus prácticas de tratamiento (Loe, 2001). En ese caso, "se anima a los médicos (por parte de los representantes de Pfizer) a enfocar su diálogo doctor-paciente alrededor del "desempeño" eréctil del paciente —pidiéndole que evalúe sus erecciones en niveles de penetrabilidad, dureza, duración y satisfacción" (Loe, 2001, p. 110). En general, la autora afirma que los hombres y los

[21] Por ejemplo, "evaluación de la textura y del valor pH; medición de la movilidad […] reacción a anticuerpos y morfología de los espermatozoides" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 16).

[22] Aunque alguien podría argumentar que es inconcebible considerar un tratamiento de infertilidad sin el paso de los espermatozoides por la mucosa vaginal hasta alcanzar el óvulo, sin embargo, es importante mencionar que a partir de 1992 existe una técnica llamada fecundación in vitro con microinyección intracitoplasmática (ICSI, por sus siglas en inglés) que, precisamente, al extraer y fecundar los óvulos fuera del cuerpo femenino, haría posible una práctica que no requiera considerar la mucosa vaginal. Los autores conocen y mencionan esa técnica en la nota 2 (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 27). Estas aclaraciones permiten seguir concibiendo el hallazgo reportado como algo interesante. La información sobre ICSI la consulté aquí: https://www.eugin.com.co/icsi/. También puede leerse sobre la técnica en: (Thompson, 2005, p. 122).

expertos de Pfizer terminan normalizando la rigidez y penetración del pene como un asunto central de la sexualidad masculina (Loe, 2004, p. 20). En conjunto, estas investigaciones muestran cómo en la promoción y provisión de servicios en torno al Viagra, la penetración es (re)articulada como la práctica básica y necesaria de una relación sexual.

Hasta aquí, las investigaciones muestran cómo algunas pruebas clínicas (de calidad del semen o del Viagra) y la provisión y promoción del Viagra han sido espacios definidos por una representación hegemónica de la sexualidad masculina: la penetración como un mandato de las relaciones sexuales. Esta representación se convierte en un parámetro de las prácticas médicas y publicitarias.

Si bien otras investigaciones no hacen mención directamente a la penetración, sí hacen alusión a un aspecto que, claramente, ha sido transversal en esta discusión: las erecciones. En el marco de la asociación recurrente que se hace entre la introducción del Viagra y "la construcción de la 'salud eréctil' como obligatoria para los hombres" (Johnson, 2016, p. 52; Loe, 2001, pp. 109, 112; Wentzell, 2017, pp. 490-491), Wentzell (refiriéndose al trabajo de Leonore Tiefer) plantea que

> el término impotencia fue cambiado inicialmente al de disfunción eréctil en un esfuerzo por reducir el estigma cultural […] pero ese cambio fue cooptado por el discurso médico y se convirtió en una forma de representar las erecciones, que no cumplían con los ideales culturales de la virilidad, como problemas individuales, entendidos únicamente a través de […] la biología y tratados mediante intervenciones médicas (Wentzell, 2017, p. 490).

De forma similar, en los cambios del discurso médico sobre el envejecimiento, la consideración de que los hombres debían aceptar con dignidad la disminución sexual que acompaña el envejecimiento fue controvertida por quienes "creían que el secreto de la vitalidad masculina […] residía en las glándulas sexuales" (Marshall, 2009, p. 251). Es decir, la "salud eréctil" fue convertida en un asunto que residía en la biología del paciente y, por lo tanto, podía ser tratado médica y farmacológicamente con independencia de la edad. En general, en las discusiones sobre la salud sexual de hombres mayores "el funcionamiento sexual de por vida se convierte en el componente primordial de un envejecimiento saludable y exitoso" (Camoletto, 2019, p. 210). En síntesis, las anteriores investigaciones resaltan cómo, posterior a la introducción del Viagra, la capacidad de erección de los hombres se convirtió en un mandato de su salud sexual y reproductiva (independientemente de la edad). Además, plantean de forma reiterada cómo la introducción de este fármaco centralizó la discusión sobre la erección como un asunto de tratamiento biológico y fisiológico (en contraposición a un asunto social o psicológico). En general, los casos presentados en este acápite permiten

comprender cómo la erección y la penetración (como características demandadas y exigidas en cualquier relación sexual) se encuentran articuladas en las valoraciones médicas sobre los tratamientos ofrecidos.

1.2.6 Defensa y cuestionamiento de la asociación entre *paternidad* y *fertilidad*

Relacionado con otra característica usual de la masculinidad, en algunos casos se ha considerado que las tecnologías reproductivas representan una amenaza al lugar de los hombres en el ejercicio de la paternidad (Moore, 2002, p. 103). Precisamente, en un manual científico titulado *Bancos de Tejidos Reproductivos: Principios Científicos* (1997), que elabora una discusión en torno a la donación de esperma, se plantea lo siguiente:

> Estas tecnologías han hecho que los estadounidenses y muchas otras personas reflexionen de forma distinta [sobre] los conceptos de paternidad, maternidad y niñez. ¿Es aceptable que una mujer soltera, incluso lesbiana, quede embarazada mediante un donante de esperma de forma que no tendría que compartir la paternidad con un hombre? ¿Debería estar prohibida en el laboratorio [una] ciencia objetable/censurable? ¿Detonarán estas tecnologías una catástrofe social? (Moore, 2002, p. 103).

A consideración de la autora, "la 'ciencia objetable/censurable', que permite incluso que lesbianas queden en embarazo, tiene el potencial de desestabilizar un sentido asumido de normalidad" (Moore, 2002, p. 103). Precisamente, la "paternidad" se vería amenazada ya que "esta tecnología tendría el potencial de hacer a los hombres innecesarios para la reproducción" (Moore, 2002, p. 103). En este caso, en un contexto en el que es cuestionada la relación automática entre fertilidad y paternidad (ya que la fecundación artificial permite que esas características no coincidan necesariamente en un mismo cuerpo), la crítica que se ofrece en el libro citado ofrece un ejemplo de una reacción en su defensa.

Este tipo de reacción defensiva describiría, a juicio de Mohr y Hoeyer (2018), el trabajo realizado por algunos investigadores en el desarrollo de esperma in-vitro. Dado que "los investigadores se imaginan la producción de esperma in-vitro como una solución a los casos de infertilidad masculina que la clínica de fertilidad no puede tratar" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 20)[23], entonces, ese trabajo

[23] Ya que se buscaría desarrollar espermatozoides en el laboratorio sin recurrir a ningún banco de esperma, por ejemplo.

científico posibilitaría "la reificación de un sistema de parentesco basado en el ideal de la familia nuclear […], en donde ningún 'papi donante' o 'madre biológica' ["alquiler" de vientres] interfiere" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 20). En otras palabras, al permitir que no se involucraran "intermediarios" en el proceso reproductivo, las características de paternidad y fertilidad ya no pertenecerían a dos sujetos distintos.

Esa separación entre paternidad y fertilidad es también un asunto de preocupación en otros casos. Específicamente, la ausencia de fertilidad (que inicialmente implica una ausencia de paternidad) representaría una amenaza a la masculinidad. Por ejemplo, en las experiencias de los médicos y pacientes en una clínica de infertilidad, "la incapacidad de los hombres para ser padres de un hijo, especialmente cuando había un diagnóstico de infertilidad debido a factores masculinos, amenazaba constantemente con socavar la hombría y la destreza sexual de los hombres" (Thompson, 2005, pp. 135-136). Era un estigma que asociaba la infertilidad con la impotencia o la falta de destreza sexual (Thompson, 2005, p. 129). Además, durante el inicio de los tratamientos de infertilidad con donación de esperma en Taiwán (años 50 y 60), "los doctores intentaban disminuir la visibilidad de los donantes mediante distintos procedimientos" (Wu, 2011, p. 101). Por ejemplo,

> para oscurecer el origen biológico del bebé, los doctores combinaban el semen del donante con el del esposo. En un periodo en el que no estaba disponible el análisis de ADN para [determinar] el origen biológico, la combinación de semen ayudaba a difuminar la identidad del padre biológico y, así, funcionaba como un 'dispositivo tranquilizador' para muchos hombres infértiles (Wu, 2011, p. 101).

Según la autora, durante los primeros años de ofrecimiento de los tratamientos se hacían esfuerzos por reestablecer la asociación entre masculinidad, paternidad y fertilidad; para lograr que la técnica de inseminación no quebrara, en la medida de lo posible, la linealidad entre esos tres aspectos (Wu, 2011). Además, después de los años 80, "los doctores que promovieron la [técnica] ICSI enfatizaron la paternidad biológica como [una de sus] contribuciones específicas" (Wu, 2011, p. 106). En efecto, ya no intervendría un donante ni sus características fenotípicas podrían llegar a definir las del futuro bebé. A consideración de la autora, estos cambios en el tratamiento dan cuenta de que

> la ideología de la paternidad biológica —el problema fundamental que los doctores necesitaron recomponer cuando se introdujo la inseminación mediante donante— fue la misma que otro grupo de doctores movilizó décadas después cuando buscaban reemplazar la inseminación mediante donante con la [técnica] ICSI (Wu, 2011, p. 109).

De esta forma, se reconstituía el lugar tradicional de la paternidad (que había sido desplazado en las décadas iniciales) y, a su vez, se posibilitaba la promoción de una técnica particular (Wu, 2011). Esto último, como veremos en el siguiente acápite, se consiguió mediante una articulación con valores y posiciones sociales deseadas y respetadas en Taiwán.

En general, las anteriores investigaciones —y los casos empíricos aquí considerados— muestran las negociaciones y discusiones que se plantean en torno a la paternidad y la fertilidad en diversos tratamientos médicos. En algunos casos, se defiende y produce su asociación; en otros, se cuestiona y desarticula esa linealidad. En otras palabras, las investigaciones muestran cómo la linealidad entre paternidad, fertilidad y masculinidad funciona como un eje que articula y modifica los distintos tratamientos, prácticas e investigaciones médicas que se realizaron sobre la salud reproductiva masculina y, particularmente, sobre los tratamientos de infertilidad masculina.

1.2.7 La *clase social* y la *raza* en bancos de esperma

En Taiwán, a finales de los años 70, se reveló que los donantes de semen habían sido, en su mayoría, estudiantes de medicina, internos o residentes médicos jóvenes (Wu, 2011, p. 102). Esa información se difundió, además, en libros dirigidos a parejas infértiles o en periódicos (Wu, 2011, pp. 102-103). Para la autora,

> al resaltar a los residentes e internos como donantes de esperma, los doctores […] se las arreglaban para posicionar la inseminación mediante donante no como algo que minaba la capacidad procreativa […], sino como algo que ofrecía una nueva posibilidad de mejoramiento genético. […] En Taiwán el 'médico/doctor' sobresale como una de las características sociales más estimadas de un hombre. Al resaltar a los futuros médicos como donantes de esperma, los doctores […] hicieron de la inseminación mediante donante no solamente viable sino culturalmente deseable (Wu, 2011, p. 103).

Por ejemplo, para ser donante se solicitaba un diploma de secundaria (en los años 80) o un título profesional (desde los años 90) (Wu, 2011, p. 104). Posteriormente, a finales de los 90 y dado el proceso de industrialización en Taiwán, los ingenieros fueron considerados la población de la que se buscaba donaciones (Wu, 2011, p. 104). En últimas, la asociación entre un tratamiento médico y unas posiciones sociales altamente valoradas en los hombres, le otorgaba legitimidad y viabilidad cultural a la inseminación mediante donante en Taiwán.

Algunas investigaciones muestran que esas valoraciones sociales en los bancos de esperma suelen ser un asunto recurrente (Mohr & Hoeyer, 2018; Moore, 2007). En general, aunque algunas de las preguntas dirigidas a los donantes buscan "descartar factores biogenéticos que podrían plantear un riesgo para la salud del futuro niño/a" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 18), sin embargo, "estas valoraciones son más que solo salud. Contienen ideas acerca de quién es digno para reproducirse y, así, clasifica a los hombres de acuerdo con características sociales que identifican a los posibles donantes como socialmente aceptables" (Mohr & Hoeyer, 2018, p. 18). En otra investigación, la información que provee un banco de esperma a sus posibles clientes y usuarios destaca las características sociales de la persona que fue donante (Moore & Schmidt, 1999, p. 343).

Por otro lado, en un catálogo, en donde se clasifican y organizan las muestras de semen para conocimiento de los usuarios y clientes, "se utilizan las metáforas de "Afroamericano" o, comúnmente, "Negro", para describir a los donantes, [de forma que] los bancos de esperma no solo niegan las diferencias entre diversos hombres negros sino que, además, producen las diferencias entre ese grupo y otros hombres" (Moore & Schmidt, 1999, p. 338). Incluso, un banco de esperma almacena las muestras por colores según la "raza" del donante. Para la autora, esto reifica y cosifica visualmente las diferencias estereotípicas de la raza (Moore & Schmidt, 1999, p. 345).

Las anteriores menciones empíricas muestran cómo la modificación y ofrecimiento de tratamientos médicos (particularmente relacionados con la donación de esperma) son legitimados mediante la articulación de características sociales y raciales consideras como deseables en distintos contextos. Específicamente, se muestra cómo cierta masculinidad (articulada a posiciones de clase y raza) legitima ciertos tratamientos médicos. Además, muestran cómo el mismo ofrecimiento de los tratamientos refuerza esa masculinidad en particular.

1.2.8 Conclusión

A pesar de la heterogeneidad temática de las investigaciones consideradas en este apartado, es posible identificar algunas prácticas/objetos tecnocientíficos recurrentes que tienen una relación estrecha con las masculinidades y, entre ellas, algunas características o aspectos que son transversales a distintos contextos. En primer lugar, los documentos científicos (artículos y/o libros) constituyen un lugar común en el que es posible identificar las representaciones que los médicos e investigadores tienen sobre la masculinidad. Sin embargo, los alcances de esas representaciones varían en cada caso. Es decir, en unos, se trata de la *reacción* de los actores a los debates amplios en los que se encuentra inmerso su trabajo (por ejemplo, la reacción a la amenaza que ciertas tecnologías

reproductivas implican para la paternidad); en otros, además, se trata de las *propuestas* de los actores respecto a ese debate. Por lo tanto, no siempre es posible adjudicar a un "contexto" las representaciones identificadas en los documentos ya que, en algunos casos, éstas están participando en la producción del "contexto" mismo. Esto último es claro si se considera el lugar que ocupó la AVSC (y otros médicos e investigadores) en la definición de los términos con los cuales se pensaba la inclusión de los hombres en asuntos de planificación.

En segundo lugar, las pruebas clínicas o los espacios de tratamiento médico también aparecen con regularidad en las investigaciones tratadas. Aquí, las prácticas de evaluación o de selección de participantes suelen estar informadas por ciertas representaciones sobre la masculinidad. Aunque la discusión planteada sobre el "contexto" es igualmente pertinente, a diferencia de lo que sucede (parcialmente) con los documentos, aquí es posible comprender lo que *hacen* los médicos e investigadores (y no sólo lo que *dicen* o *piensan*). En general, es posible mencionar ciertos casos interesantes: la expulsión de hombres homosexuales y bisexuales de muchas pruebas clínicas y de tratamientos médicos, la inclusión necesaria y explícita de hombres en relaciones de pareja estable para ser aceptados como candidatos en algunas pruebas médicas o la evaluación de distintos tratamientos o fármacos según la lógica de la penetración. Es decir, muchas de las pruebas y tratamientos clínicos incorporan en su quehacer ciertas características de la masculinidad que son transversales a distintos casos. Es particularmente llamativa la aparición reiterada de la heterosexualidad, la monogamia y la penetración como mandatos y exigencias de las relaciones sexuales y de pareja masculinas.

Algunas investigaciones ofrecen hallazgos empíricos que permiten entender lo que *dicen* los actores o lo que *hacen*. Sin embargo, muchas de ellas, logran articular ambos elementos. Por ejemplo, lo que se dice sobre el compromiso y responsabilidad de los hombres en los artículos científicos sobre métodos anticonceptivos, a su vez, muestra lo que hacen los médicos para dar respuesta a ese debate: intentar desarrollar un método anticonceptivo que amplie los intervalos entre las inyecciones para garantizar, con mayor probabilidad, su uso por parte de los hombres. En todo caso, a pesar de que la distinción entre *decir* y *hacer* suele ser artificial, sirve para comprender cómo muchas de las representaciones están, en todo caso, incorporadas en las prácticas y quehacer investigativo más cotidiano.

Finalmente, con independencia de los alcances interpretativos que las distintas investigaciones pueden ofrecer, el balance analítico y empírico aquí desarrollado permite considerar los entramados

entre masculinidades y tecnociencia como un campo fértil de investigación. Por lo tanto, las prácticas/objetos tecnocientíficos relacionados con la vasectomía podrían tener lugar como el centro de una investigación.

2. Capítulo Empírico

Nota aclaratoria. Todavía no existe una historia sistemática sobre la vasectomía en Colombia. Aunque no es mi objetivo central, este capítulo puede ofrecer una contribución al respecto. El capítulo se encuentra dividido en dos partes: la primera, relativa al ofrecimiento de vasectomías por parte de Profamilia durante los años 70 y, la segunda, correspondiente a la creación de las Clínicas para el Hombre por parte de la misma institución entre 1985 hasta 1994/1998. Ambas partes muestran un recorrido articulado mediante citas textuales. El propósito consistía en ser fieles a los recuentos ofrecidos por los actores involucrados y, de esa forma, evitar interpretaciones retrospectivas de los fenómenos bajo estudio. Aunque en algunos casos podrá percibirse cierta "dispersión" entre los datos consignados, siempre se ofrece un balance de la información para reconstruir algún proceso histórico en particular.

2.1 Primera parte. El programa pionero de Profamilia. Entramados de requisitos, psicología, masculinidad y machismo en la provisión del servicio de vasectomías

Medio siglo nos separa del testimonio grupal de aquellos hombres que dialogan sobre su experiencia al haber sido intervenidos quirúrgicamente; se trata de colombianos, a quienes se les realizó una vasectomía en Profamilia – Colombia. El documento audiovisual (Stuart, 1971) que reproduce el testimonio[24] constituye, a su vez, una ventana para percibir las relaciones (en las) que (se) entretejía la vasectomía en sus vidas y en la época. Sin duda, de esa maraña de relaciones mencionadas siempre

[24] Se trata de un programa grabado para la televisión que hace parte de una serie titulada *Are you listening?* de la directora y productora independiente Martha Stuart (1930-1985). Como puede constatarse al inicio del video, Fernando Tamayo (fundador y presidente honorario de Profamilia – Colombia hasta su muerte –en 2017–) contacta a la directora para la realización del programa. Quien desee, puede consultar la fuente: https://nrs.harvard.edu/urn-3:RAD.SCHL:37951378 o mps.lib.harvard.edu/sds/video/460321854

es posible seleccionar hilos que, al halar, nos permiten comprender su composición particular y, de esta forma, entender con más detalle el ovillo. Aquí, uno de esos hilos nos permitirá recomponer una historia sobre las relaciones entre la vasectomía y las masculinidades en algunas prácticas tecnocientíficas de Profamilia durante los años 70 en Colombia. Se trata del hilo de una voz masculina que afirma lo siguiente: "porque para esta operación, como lo puede aseverar el médico, se necesita estar preparado psicológicamente. No influye tanto la edad como la preparación, la madurez emocional, la estructuración mental del individuo, sin necesidad de ser un intelectual" (Stuart, 1971).

En principio, no sería extraño plantear que la anterior frase no hace ninguna mención sobre la masculinidad (a menos que se acepte provisional e ingenuamente como prueba el que un hombre la haya pronunciado), sin embargo, como mostraré en esta historia particular de los años 70, seguir las discusiones y aseveraciones médicas sobre la condición psicológica de los pacientes nos permitirá comprender ciertas relaciones entre la masculinidad y la vasectomía, especialmente en la forma de ofrecer el método anticonceptivo y establecer ciertos requisitos para ser considerado candidato para la operación. Para ello, haremos un recorrido a través de distintos documentos (especialmente tres artículos de investigación interconectados) que nos mostrarán esas relaciones. Mediante los documentos se describirán algunos aspectos "contextuales" de la provisión del servicio de vasectomías y, particularmente, el establecimiento de unos requisitos particulares. Además, se expondrá la lógica y la argumentación que los/as investigadores/as involucrados/as ofrecieron sobre algunos temas de discusión científica. En algunos momentos, el documento se centrará sobre aspectos particulares, sin embargo, a medida que se avance será posible entender un triple relacionamiento: resultados psicológicos aparentemente contradictorios — la masculinidad como un marco comprensivo e interpretativo de los/as actores involucrados/as — y el establecimiento de unos requisitos particulares. Antes de llegar a ese punto, retomaremos la historia desde sus inicios.

Profamilia realiza la primera vasectomía en Colombia en 1970 (IPPF, 1971, p. 3, 1973, p. 4; Profamilia, 2020, p. 83). Un documento de la época afirma que "el programa de vasectomías en Colombia es parte de […] Profamilia y fue iniciado en febrero de 1970, en Bogotá" (Goldsmith et al., 1973, p. 497). Estos —y otros reportes (Echeverry, 1991, p. 154)— nos permiten entender la importancia de Profamilia, al mostrar que esta institución fue pionera en el ofrecimiento de la vasectomía como método de planificación familiar para el público en general. Además, también es llamativo el hecho de haber sido pionera no sólo en Colombia sino en toda América Latina. Por ejemplo, Fernando Tamayo —por entonces presidente de la organización— afirmaba: "en 1970

Profamilia inauguró un programa institucional que ofrecía vasectomías —el primero de ese tipo en Latinoamérica y uno de los primeros en el hemisferio occidental—" (Tamayo, 1979, p. 122). Otros documentos reafirman ese papel pionero de Profamilia en Latinoamérica (Guttmacher Institute, 1975, p. 3; Kasirsky, 1972, p. 108; Landman, 1979, p. 75; Vernon et al., 1991, p. 55).

El programa de vasectomías de Profamilia antecedió al ofrecimiento de ligadura de trompas o tubectomías por parte de la misma institución[25]. Comenzó a expandirse muy rápidamente fuera de Bogotá. Para 1971 existían programas de vasectomía en nueve ciudades (Dáguer & Riccardi, 2005, pp. 73-74). Otro documento afirma que para esa época, en realidad, se trataba de diez ciudades (Goldsmith et al., 1973, p. 497)[26].

Sin embargo, ese auge devino rápidamente en una caída. Si bien se consideró que "al ofrecer el servicio se hizo un gran número para su época (1970), […] vino luego la tubectomía, seguida de la innovación técnica de la tubectomía por laparoscopia y Profamilia 'se olvidó' de la vasectomía" (de los Ríos Osorio, 1994a, p. 81). Precisamente, Miguel Trías afirma que, "a pesar de nuestros esfuerzos, el despegue fue muy modesto […]. Obviamente la aceptabilidad era muy baja" (Trias, 1990, p. 60). Aunque las razones que se plantearon sobre la baja aceptabilidad del método serán abordadas más adelante, lo cierto es que estadísticamente el número de vasectomías creció durante un periodo muy breve y, posterior al ofrecimiento de ligadura de trompas, comenzó a disminuir. Esa tendencia se mantuvo hasta 1982, cuando volvieron a aumentar tímidamente[27].

---

[25] Las vasectomías iniciaron en 1970 y la esterilización femenina en 1972 (Ordoñez Gómez & Ojeda, 1994, p. 8). Al parecer, las vasectomías se ofrecieron primero debido a la falta de equipo quirúrgico para hacer esterilizaciones femeninas (Rogow et al., 1991, p. 15). Miguel Trías (1924-2000) —quien fue médico especialista en cirugía torácica, se dedicó posteriormente a la planificación familiar y asumió la dirección ejecutiva de Profamilia desde 1972 hasta 1995 (Profamilia, 2020, pp. 180-181)— parece estar de acuerdo con esa explicación (Rueda, 1980, p. 16).

[26] Además, parece ser que no se trató de un programa exclusivamente urbano. En la evaluación del programa rural de Profamilia, en la sección titulada "El proyecto de vasectomías", se afirma que los médicos atendían a domicilio a los pacientes (Bailey & Correa, 1975, p. 154). Se trataba de un "programa móvil de vasectomías [que] fue descontinuado debido al alto costo y a las frecuentes infecciones postoperatorias" (Hollerbach, 1989, p. 323).

[27] En el Anexo A presento un panorama general del comportamiento estadístico de la realización de vasectomías en Profamilia.

Independientemente del comportamiento estadístico, no cualquier hombre podía ser considerado como candidato para realizarle la operación. Profamilia estableció unos requisitos que delimitaban la población masculina que podía escoger la vasectomía como método anticonceptivo. "Los candidatos debían tener, al menos, 35 años y tener como mínimo tres hijos de diferente sexo" (IPPF, 1971, p. 5, 1973, p. 5). Además, según Carlos Sarria Olcos —cuya afiliación institucional corresponde a Profamilia, según el libro que recopila su artículo—, "los pacientes vasectomizados deben firmar con sus esposas una autorización expresa para el cirujano y/o la institución" (Sarria Olcos, 1979, p. 713). Es posible corroborar este requisito en otros documentos[28] y, sobre todo, en el "primer estudio de hombres vasectomizados en América Latina" (Goldsmith et al., 1973, p. 497), titulado *Vasectomía en Colombia: un estudio piloto* (en adelante, *Estudio Piloto*)[29]. Además de reiterar los requisitos de edad e hijos, el artículo establece que "la autorización para la operación debe ser firmada por ambos esposos" (Goldsmith et al., 1973, p. 498). En general, aunque de cada requisito vale la pena intentar rastrear las razones particulares de su adopción, sin embargo, uno en particular marcará la ruta que se desarrollará en este capítulo: las entrevistas o sesiones a las que debía asistir un hombre que quisiera hacerse una vasectomía.

2.1.1 El establecimiento de requisitos particulares: entrevistas previas a la realización del procedimiento quirúrgico

Un documento de la época afirmaba: "todos los candidatos tienen entrevistas privadas con un médico y un trabajador social sobre el procedimiento de la vasectomía. Una segunda entrevista es llevada a cabo con el candidato y su esposa para evaluar a la pareja y asegurar su consentimiento informado conjunto" (Kasirsky, 1972, p. 108). Muchos años después, un libro reciente sobre la historia de Profamilia amplia el detalle del requisito:

---

[28] "Los prerrequisitos para la operación establecidos por Profamilia son: […] aceptación de ambos esposos" (Kasirsky, 1972, p. 108). Incluso, dos hombres que dialogan en el material audiovisual referenciado al principio hacen alusión a ese requisito (Stuart, 1971). Sin duda, se trata de un caso interesante ya que es usual considerar que, respecto a asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción, los hombres no han tenido las limitaciones que usualmente se reconocen para las mujeres. En este caso no podían decidir por sí mismos limitar su fecundidad mediante una esterilización.

[29] El *Estudio Piloto* es fundamental en la reconstrucción de la historia del ofrecimiento de vasectomías por parte de Profamilia ya que afirma explícitamente que la investigación fue realizada en Bogotá y en Cali, en clínicas de Profamilia y con hombres que habían sido intervenidos quirúrgicamente allí (Goldsmith et al., 1973, p. 499).

> el proceso de selección incluía dos sesiones informativas […], igual número de entrevistas personales —preferiblemente en compañía de la esposa— y la redacción de un documento autorizando a la institución a proceder, que debía ir firmado por ambos cónyuges (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 73).

En principio, es posible considerar que la razón para establecer el requisito consistía en evitar que Profamilia fuera acusada de llevar a cabo procedimientos forzosos o no voluntarios. Por ejemplo, dos líneas antes de ofrecer el detalle del requisito, el libro anteriormente citado plantea: "para garantizar el mejor servicio y evitar cualquier tipo de suspicacia, todo debía hacerse abiertamente, dejando en claro que no se trataba de una campaña masiva de esterilización sino de un programa dirigido a casos voluntarios" (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 73). Esta preocupación es compartida por Sarria Olcos, sobre todo, al hacer alusión al requisito de la firma de la cónyuge (Sarria Olcos, 1979, p. 713). Sin embargo, una razón adicional y más acorde explicaría el establecimiento de esa serie de entrevistas o sesiones. Por el momento basta con afirmar que esa razón —no mencionada en las citas (y documentos) anteriores— acompaña la descripción misma que se hace del requisito en el *Estudio Piloto*. Allí se establece lo siguiente:

> Cada hombre debe participar mínimo en *tres entrevistas* con el personal de Profamilia antes de que la vasectomía sea realizada. La primera es con un trabajador social preparado quien le explica al paciente qué podría esperar y le ofrece suficientes oportunidades para [resolver] preguntas. *Una evaluación psicológica es realizada en este momento* y si se detecta *inestabilidad emocional*, el hombre es remitido a un psicólogo antes de continuar. La segunda entrevista, en la que asiste también la esposa, es con un médico quien describe los detalles clínicos de la operación. En la tercera entrevista, nuevamente con el trabajador social, cualquier duda restante es disipada. Solo en este momento se firma la autorización para la vasectomía. Luego de la operación, al hombre se le ofrece *apoyo psicológico* cuando regresa para el análisis de semen y para la entrevista de seguimiento luego de 6 meses. Varias veces al año se llevan a cabo reuniones abiertas para todos los hombres vasectomizados que proveen una oportunidad para la discusión y el apoyo mutuo[30] (Goldsmith et al., 1973, p. 498).

Aquí, además de ofrecerse un mejor detalle del requisito e incluir otros aspectos del proceso posteriores a la operación, aparece una preocupación por la condición psicológica de los candidatos. Nuevamente, en la misma página anteriormente citada y luego de plantear los requisitos sobre edad

[30] Los énfasis en cursiva de las citas que componen este capítulo han sido añadidos, a menos que se indique lo contrario.

e hijos, el *Estudio Piloto* plantea: "él debe tener la *estabilidad psicológica* y el *juicio crítico necesario* para tomar una decisión sobre la vasectomía. […] El hombre debe esperar mínimo dos semanas entre la autorización y la operación para permitirle pensar cuidadosamente sobre la decisión" (Goldsmith et al., 1973, p. 498). Incluso, un manual médico de 1980, haciendo alusión a los requisitos, también hace referencia a la condición psicológica de los candidatos:

> se está de acuerdo en que no debe hacerse en jóvenes ni en viejos —ojalá por sobre los 35 años y por debajo de los 50— sin alteraciones sexuales y con *buen psiquismo* especialmente en esta esfera, decisión tomada de común acuerdo entre la pareja y luego de las entrevistas necesarias (Rueda, 1980, p. 204).

En últimas, existía una preocupación por la condición psicológica de los pacientes por parte de algunos miembros de la comunidad médica de ese entonces. Además, esa preocupación estaba conectada con las entrevistas o sesiones que se solicitaban a cualquier hombre que escogiera la vasectomía como método anticonceptivo y, también, con otros aspectos posteriores a la realización de la operación. Esta conexión será clarificada a lo largo de este capítulo.

Inicialmente, cuando conocí por primera vez el conjunto de requisitos, me parecieron más llamativos los relativos a edad, número de hijos y firma de la cónyuge. En todo caso, aunque al principio estuve guiado por una mirada retrospectiva, la (re)lectura de las sesiones y entrevistas solicitadas como parte de los requisitos me generaba nuevas preguntas: ¿por qué se les exigía ser partícipes de tantas entrevistas cuando, hoy en día, si acaso, basta con una sesión de consejería anticonceptiva? Mejor aún, ¿por qué se empeñaban tanto en hacer que los hombres transitaran por esas entrevistas cuando, a juicio de las autoras del *Estudio Piloto*, "la vasectomía es, relativamente, un procedimiento simple que casi siempre se hace de forma ambulatoria" (Goldsmith et al., 1973, p. 498)? ¿De dónde proviene esa aparente cautela que produce unos requisitos que extienden en el tiempo el tránsito de un posible candidato hasta el día de su efectiva operación? Y, además, ¿por qué al describir el requisito aparece una preocupación por la condición psicológica de los pacientes? ¿Por qué les preocupaba a las autoras del *Estudio Piloto* la condición psicológica de los hombres? Lo cierto es que, luego de afirmar que la vasectomía es un procedimiento simple, las autoras agregan que "hay varios *aspectos psicológicos* que deben ser tratados y abordados efectivamente para que la vasectomía llegue a ser reconocida por los hombres latinoamericanos como un método anticonceptivo alternativo"

(Goldsmith et al., 1973, p. 498)[31]. Al final, frente a todas estas preguntas, algunos artículos científicos proveen respuestas.

2.1.2 Una preocupación médica: los efectos psicológicos adversos de la vasectomía. Resultados de investigación aparentemente contradictorios y una comprensión sustentada en la masculinidad

Dos, de las tres autoras del *Estudio Piloto*[32], publicaron prácticamente al tiempo un artículo titulado *Aspectos psicosociales de la vasectomía en América Latina* (en adelante, *Estudio Psicosocial*)[33] (Goldsmith & Goldberg, 1974). Uno de los temas centrales del artículo consiste en una "revisión de […] los estudios que se han llevado a cabo para evaluar las reacciones de los hombres vasectomizados" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 280). La revisión de los estudios se concentra en

[31] Por supuesto, la (re)lectura de los otros requisitos me sigue generando algunas preguntas. Sin embargo, las entrevistas o sesiones requeridas y su conexión con la condición psicológica de los pacientes resultó importante por dos razones: 1) intuitiva y provisionalmente, había esperado encontrar mayores referencias o pistas sobre las posibles preocupaciones sexuales que tendría la comunidad médica al ofrecer el servicio de vasectomías, sin embargo, durante los años 70, aunque sí aparecen esas preocupaciones en los documentos, no parecen tener la centralidad que esperaba y, por el contrario, las preocupaciones por la condición psicológica de los pacientes fueron más recurrentes. En últimas, se trataba de algo que realmente les preocupaba a los actores que yo esperaba estudiar. 2) Los documentos primarios que logré consultar para los años 70 sí me ofrecían elementos que me permitían entender las razones de ese requisito y, particularmente, me conducían por una ruta afín a la temática de la tesis: las relaciones entre vasectomía y masculinidades en algunas prácticas tecnocientíficas de Profamilia. Esos mismos documentos, sin embargo, no siempre me permitían entender las razones que fundamentaban el establecimiento de los otros requisitos (por ejemplo, no permiten seguir alguna pista sobre los asuntos relativos a edad y número de hijos).

[32] Se trata de dos mujeres y un hombre: Gilda Echeverria, Rona Goldberg y Alfredo Goldsmith. La primera de ellas, Gilda Echeverría Alarcón, hacía parte de ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina) y se encargaba de la Unidad de Estudios Socio-Demográficos (Echeverría Alarcón, 1974). Es bien sabido que las relaciones entre ASCOFAME y Profamilia siempre fueron estrechas (Dáguer & Riccardi, 2005; Echeverry, 1991). En todo caso, el *Estudio Piloto* se refiere explícitamente a Profamilia como la institución encargada de proveer los servicios de vasectomía. Sobre Alfredo Goldsmith, en un artículo de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, se afirma que era el Coordinador para América Latina del Programa Internacional de Investigación en Fertilidad (Edelman et al., 1976). Sobre Rona Goldberg, lamentablemente, no pude encontrar información.

[33] Dado que fue escrito prácticamente por las mismas autoras del *Estudio Piloto*, este artículo permite identificar las comprensiones sociales y culturales que tenían los actores involucrados. Esto es así, como se verá más adelante, dado que uno de los temas centrales del artículo gira en torno a la masculinidad y el machismo latinoamericanos. En síntesis, este artículo nos permite comprender las representaciones sociales y culturales de quienes escribieron el *Estudio Piloto* y, de esta forma, ayuda a entender algunas de las afirmaciones que allí se plantean.

las investigaciones de David A. Rodgers y Frederick Ziegler (como puede leerse en las referencias bibliográficas del *Estudio Psicosocial*). Específicamente, "David A. Rodgers y […] Ziegler llevaron a cabo investigaciones entre 1961 y 1968 que estuvieron diseñadas exclusivamente para explorar en profundidad los efectos psicológicos de la vasectomía" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 281). Es decir, esos estudios se preocupaban por la condición psicológica de los hombres vasectomizados. Además, esos estudios presentaban resultados aparentemente contradictorios —aquí reside un punto de importancia que será desarrollado con detalle—.

Los primeros dos estudios de Rodgers y Ziegler (de 1963 y 1965) llegaron a la siguiente conclusión: "los datos indican que la satisfacción expresa con la vasectomía puede estar acompañada de cambios negativos en el ajuste emocional"[34] (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 282). Posteriormente, diseñando una investigación (de 1966) que resolviera algunas debilidades de las dos anteriores, se concluye de forma similar: "la misma satisfacción expresada con la vasectomía [se manifiesta] junto a cambios psicológicos adversos"[35] (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 282). En otras palabras, los mismos hombres se mostraban satisfechos con la vasectomía aunque, a su vez, reflejaban condiciones psicológicas adversas o desfavorables. Esto implicaba que se tenían resultados aparentemente contradictorios: ¿cómo es posible que los hombres expresen satisfacción con el procedimiento y, a su vez, tengan condiciones psicológicas negativas? Estos resultados, sin embargo, son compatibles según dos interpretaciones que se ofrecen en el *Estudio Psicosocial*.

---

[34] Para quien desee claridad metodológica sobre ambos estudios: en el estudio de 1963 a "cada hombre se le dio una encuesta para completar y una prueba psicológica estándar (Test Multifásico de Personalidad de Minnesota, –[MMPI, por sus siglas en inglés]–)" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 281). La comparación entre los resultados arrojados por ambos instrumentos es la que muestra los distintos resultados. En el estudio posterior, de 1965, se utilizan los mismos instrumentos y se aplican a los mismos hombres, aunque un año después de la operación. En este último estudio se reporta que la encuesta mostró resultados favorables pero el MMPI mostró que 15 sujetos (de una muestra de 35) "habían experimentado cambios negativos después de la operación, indicando algún aumento de disforia y perturbación emocional" (Goldsmith & Goldberg, 1974, pp. 281-282).

[35] Otra aclaración metodológica: el diseño de investigación del estudio de 1966 incluyó un grupo de control. En este se "incluyeron 42 parejas que eligieron la vasectomía y 39 parejas que eligieron píldoras anovulatorias, […] todas completaron una fase preoperatoria (o premedicación) y una fase de seguimiento posterior a 1-2 años. Ambas fases se componían de una entrevista psiquiátrica estructurada y una serie de pruebas psicológicas" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 282).

La *primera interpretación* retoma lo dicho en el estudio de 1966 mencionado anteriormente, que se titula *Efecto de la vasectomía en el desempeño/funcionamiento psicológico* (en adelante, *Estudio Base*)[36]. Esa interpretación es recogida en el *Estudio Psicosocial* de la siguiente forma:

> Los investigadores deducen de los datos obtenidos hasta ahora en la investigación "que la vasectomía típicamente plantea una amenaza o reto al sentido de masculinidad de un hombre". Ellos dicen que "las actitudes culturales despectivas hacia la vasectomía y hacia aquellos que la usan aparentemente refuerza las ansiedades personales de una pareja que emplea el procedimiento… Gran parte del comportamiento aceptable para una persona de masculinidad incuestionada podría generar sospecha si el cuestionamiento es alguna vez planteado". Esto explica el aumento en los intereses masculinos y la tendencia de los esposos vasectomizados de ser más seguros y asertivos socialmente (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 282)[37].

Es decir, el proceso que involucra emplear la vasectomía es comprendido mediante ciertos aspectos relacionados con la masculinidad y con una cultura despectiva hacia la vasectomía (y hacia las parejas que optan por ese método anticonceptivo). En todo caso, para comprender mejor este asunto, es necesario considerar lo que el mismo *Estudio Base* plantea. Inicialmente, los autores de ese estudio afirman:

> Hemos sugerido anteriormente que el *hallazgo paradójico* del gran entusiasmo con la vasectomía concurrente con evidencia de cambios adversos es un ejemplo de "reducción de la disonancia", en el que las personas que toman una decisión difícil tienden, posteriormente, a brindarse seguridad para sí mismos sobre [la decisión] al enfocarse fundamentalmente en las manifestaciones favorables e ignorando las desfavorables (Ziegler et al., 1966, p. 60).

Y concluyen afirmando que "la inversión [psicológica] que los sujetos tuvieron en la operación es demasiado grande como para permitirles por sí mismos tener dudas al respecto" (Ziegler et al., 1966, p. 60). Esto explicaría inicialmente por qué, a pesar de presentarse efectos psicológicos adversos, los

---

[36] El *Estudio Base* sintetiza los hallazgos reportados por Rodgers y Ziegler quienes, como se aclaró, constituyen la columna vertebral de la argumentación ofrecida por los autores del *Estudio Psicosocial.* Este tercer artículo (aunque no está relacionado directamente con Colombia) permite comprender en detalle los fundamentos lógicos de la argumentación ofrecida en el *Estudio Psicosocial*. En otras palabras, se trata de la fuente argumentativa central a la que se adhieren las/os autoras/es del caso colombiano.

[37] Las comillas son originales.

hombres (y las parejas) reportaban una alta satisfacción con el procedimiento. Dado que se trató de una decisión difícil psicológicamente hablando, es comprensible —según los autores del *Estudio Base*— que los hombres (y las parejas) hicieran excesivo énfasis en las consecuencias que consideraban como positivas. Sin embargo, esto aún no explica por qué, en todo caso, se presentaban efectos psicológicos adversos —solo nos informa acerca de su existencia—. Precisamente aquí es en donde la masculinidad adquiere un lugar central.

El *Estudio Base* afirma lo siguiente: "los sujetos expresan comúnmente antes de la operación preocupación por ser "cortados" y algunas esposas expresan desprecio hacia los hombres que "son gallinas" al resistirse a un procedimiento quirúrgico presumiblemente menor" (Ziegler et al., 1966, p. 60). Además, "algunos sujetos muestran preocupación por los posibles efectos desmasculinizadores al afirmar que saben o han oído de hombres que ganaron peso o lucían menos masculinos luego de la vasectomía" (Ziegler et al., 1966, p. 60). Luego de plantear casos adicionales, los investigadores consideran que, en general, "inferimos que la vasectomía típicamente plantea una amenaza o reto al sentido de masculinidad de un hombre" (Ziegler et al., 1966, p. 60) y, aunque esta amenaza surge de varios factores[38], también ocurre debido a que "las actitudes culturales despectivas hacia la vasectomía y hacia aquellos que la usan aparentemente refuerza las ansiedades personales de una pareja que emplea el procedimiento" (Ziegler et al., 1966, pp. 60-61). En síntesis, el *Estudio Base* ofrece la siguiente interpretación respecto a los efectos psicológicos adversos:

> Nuestros datos son compatibles con la deducción de que, luego de la vasectomía, muchas de las parejas del estudio se volvieron mucho más sensibles y conscientes de las implicaciones masculinas o no-masculinas de todos los aspectos del comportamiento del esposo. Gran parte del comportamiento aceptable para una persona de masculinidad incuestionada podría generar sospecha si el cuestionamiento es alguna vez planteado, de forma tal que asuntos como quién aplica la disciplina hacia los niños, quién toma qué decisión, quién carga el lavavajillas, etc., podrían ser examinados desde un nuevo punto de vista. Cualquier comportamiento que se interprete como no-masculino podría *aumentar la ansiedad* y ser omitido, con mayor probabilidad, del repertorio del comportamiento futuro del esposo. […] La eliminación de los patrones de comportamiento no-masculinos resulta en un énfasis intensificado en las actitudes y comportamientos masculinos aprobados culturalmente respecto a las responsabilidades parentales, los esfuerzos profesionales, y el

[38] "[…] de la reticencia del hombre a renunciar a un aspecto de su masculinidad –la habilidad de expulsar espermatozoides– […] de ansiedades edípicas o de miedos inconscientes relacionados con la mutilación genital" (Ziegler et al., 1966, p. 60).

> ascenso social, posiblemente junto a actitudes más rebeldes hacia la autoridad y a varias normas culturales. Todas estas tendencias han sido halladas en el presente estudio[39] (Ziegler et al., 1966, p. 61).

Recogiendo y resumiendo los anteriores elementos, las investigaciones han planteado lo siguiente: dado un ambiente cultural que asocia la vasectomía con una pérdida de la masculinidad —evidente en las preocupaciones que expresarían los hombres sobre los posibles efectos desmasculinizantes de la operación—, los hombres vasectomizados son más propensos a ser calificados (por ellos mismos, por su pareja y por otras personas) como menos masculinos de lo que sería un hombre que no haya sido operado. Así, la vigilancia constante de sus comportamientos y actitudes, particularmente la detección de comportamientos considerados como no-masculinos, les genera una carga psicológica adversa ("aumenta la ansiedad"). Como una respuesta posible a esta situación, los autores del *Estudio Base* plantean que los sujetos se comportarían haciendo énfasis en aquellas actitudes que son aprobadas culturalmente como propias de un hombre. Así, sobrecompensan la posible pérdida de masculinidad. Estos últimos comportamientos, sin embargo, también contribuirían a generar una carga psicológica adversa para los hombres. Para que no haya lugar a dudas, el *Estudio Base* plantea esa interpretación:

> Los datos sugieren que a la operación se le responde como si tuviera un potencial desmasculinizador, con el resultado de que el comportamiento del hombre luego de la vasectomía es, con mayor probabilidad, sometido a escrutinio por él mismo y por otros en búsqueda de evidencia de rasgos no-masculinos. El comportamiento considerado como posiblemente no-masculino es provocador de ansiedad y tiende a ser eliminado, reduciendo el rango de comportamientos aceptados […]. En algunos casos, el resultado es una disminución saludable de comportamientos inmaduros o indecisos, con mejoría en la actuación de roles laborales, parentales o de un esposo. En otros casos y, *tal vez de forma más característica*, la reducción en la flexibilidad [comportamental] reduce la determinación personal, intensifica la ansiedad personal y erosiona la armonía conyugal y la satisfacción de la esposa (Ziegler et al., 1966, p. 62)[40].

---

[39] El "énfasis intensificado en actitudes y comportamientos masculinos" es entendido, además, como una práctica de sobrecompensación, es decir, como el renovado énfasis en aspectos considerados culturalmente como masculinos (Ziegler et al., 1966, p. 61).

[40] A pesar de reportarse una "disminución saludable" en algunos comportamientos que tiene como consecuencia fortalecer ciertos roles asociados culturalmente como propiamente masculinos, el mismo *Estudio Base* también plantea que "las

Sin duda alguna, la interpretación que ofrece el *Estudio Base* sobre los resultados aparentemente contradictorios —y, sobre todo, respecto a los efectos psicológicos adversos causados por la vasectomía— se sustenta en una comprensión y preocupación particulares sobre la masculinidad de los hombres involucrados. En otras palabras, la masculinidad constituye el elemento determinante para la comprensión de los efectos psicológicos adversos. Para los autores, la vigilancia excesiva de la masculinidad del esposo y el mayor énfasis en comportamientos asociados como masculinos constituyen cargas psicológicas adversas para los hombres vasectomizados. Precisamente por esa razón las investigaciones reportan efectos psicológicos negativos.

De forma similar, esa relación (efectos psicológicos adversos—masculinidad) se encuentra en la *segunda interpretación* que ofrece el *Estudio Psicosocial* sobre los mismos resultados. Prácticamente al inicio del artículo se plantea de la siguiente forma:

> Hay indicios […] de que algunos hombres tienen más problemas luego de la operación de lo que estarían dispuestos a admitir incluso para sí mismos. Si estos hombres admitieran sus problemas, tendrían que admitir que posiblemente cometieron un error al elegir la vasectomía—un error que con toda probabilidad no puede ser rectificado. En otras palabras, algunos hombres vasectomizados podrían reportar efectos positivos con el propósito de *convencerse a sí mismos de que estuvieron en lo correcto al haber elegido la operación* (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 281).

Aunque esta interpretación es bastante similar a lo que el *Estudio Base* plantea como "reducción de la disonancia" y, en principio, parecería no estar conectada directamente con una comprensión particular sobre la masculinidad[41], aquí —en el *Estudio Psicosocial*—, eso no ocurre. Precisamente, como veremos, una comprensión particular de la masculinidad *latinoamericana* juega un papel importante en esta segunda interpretación.

---

evidentes ganancias culturales resultantes de un comportamiento que enfatiza el rol masculino podrían, a menudo, darse a costa del *aumento en el malestar personal de los esposos y las esposas* y de un aumento en las tensiones conyugales" (Ziegler et al., 1966, p. 62).

[41] Esto se debe a que, en el *Estudio Base*, la "reducción de la disonancia" caracteriza una situación en la que una persona (independientemente de si es hombre o mujer) termina haciendo excesivo énfasis en las consecuencias positivas –subvalorando las consecuencias negativas– que resultan de una decisión difícil. Vale la pena recordar que, en todo caso, la "reducción de la disonancia" no es el único elemento de interpretación ofrecido en el *Estudio Base*.

2.1.3 La masculinidad y el machismo según el *Estudio Psicosocial*

Preocupados por entender, entre otras cosas, "algunas de las razones de la escasez de programas de vasectomía en América Latina" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 278), los autores del *Estudio Psicosocial* son conscientes de que deben considerar las condiciones particulares del contexto latinoamericano. Por eso, aparte de la revisión de literatura sobre los efectos psicológicos causados por la vasectomía, ofrecen una revisión de las investigaciones que han estudiado "la estructura familiar y el rol sexual masculino en Latinoamérica" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 284). Se parte por afirmar que "la familia latinoamericana es característicamente patriarcal" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 284) y se busca comprender un rasgo que los autores consideran propio de las sociedades latinoamericanas: el machismo. La definición de este último término ofrece una comprensión general de la crianza y la familia en la que se ve inmerso casi cualquier hijo y padre latinoamericano:

> Debido a que el padre latinoamericano posee aparentemente una supermasculinidad ("machismo"), el ejemplo que él plantea podría ser uno que su hijo joven siente que nunca podrá aspirar a imitar satisfactoriamente. A su vez, el niño puede que se esfuerce por suprimir en sí mismo las cualidades femeninas que adquirió a lo largo de su excesiva y estrecha relación con su madre. Su padre, cuando está presente, critica y menosprecia constantemente a la madre del niño haciendo que […] el hijo varón resista mucho más […] los atributos que él percibe que le disgustan a su padre.
>
> Así, el patrón se repite en sí mismo. El hijo varón comienza a desarrollar *rasgos masculinos de sobrecompensación* debido a sus esfuerzos por sobrepasar su imagen del padre hipermasculino del cual se siente inferior. Sus intentos por conciliar su identidad femenina también juegan un papel importante en el desarrollo de estos rasgos (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 286).

Estos "rasgos masculinos de sobrecompensación" coinciden con lo planteado en el *Estudio Base* (ver nota 39). Según los autores, se trata de prácticas que enfatizan rasgos que son considerados culturalmente como masculinos en contraposición —o como medida de contrapeso— a aquellas prácticas consideradas como femeninas[42]. Para ellos, esta sobrecompensación es, en todo caso,

[42] "en la cultura occidental, los rasgos asociados con la hombría–independencia, dureza, "maldad o picardía", agresividad, virilidad, poder, potencia, dominación, superioridad–se expresan en la manifestación masculina como *compensaciones* a la dependencia, debilidad, bondad, sentimentalismo y a las tendencias hacia la sumisión y obediencia que son igualadas inconscientemente a la feminidad e inferioridad" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 287).

definitoria del machismo latinoamericano: "los rasgos masculinos de sobrecompensación parecen describir el "machismo"—el culto latinoamericano a la hombría" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 286).

Aunque existen otros aspectos que definen al machismo y están relacionados con la sobrecompensación[43], "además de la destreza sexual, el "machismo" implica atrevimiento, osadía y *la demostración de una absoluta seguridad propia*" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 287). Es decir, según la lógica de los autores, ningún hombre podría evitar cuestionamientos a su masculinidad bajo una cultura machista —o bajo "el culto latinoamericano a la hombría"— si no es capaz de demostrar, entre otras cosas, que está seguro de sí mismo[44]. En otras palabras, bajo una cultura machista, un hombre vería cuestionada su masculinidad —sería objeto de sospecha y vigilancia— si no es capaz de mostrarse seguro de sí mismo. Finalmente, una descripción adicional sobre el hombre latinoamericano nos será útil para entender la relación entre masculinidad y la segunda interpretación ofrecida sobre los resultados aparentemente contradictorios:

> Este tipo de hombre sobrecompensandor, quien debe probar continuamente su masculinidad al mundo, *si es suficientemente cuestionado* puede volverse fácilmente violento o, a la inversa, recaer en un rol femenino, *desarrollar mucha ansiedad*, volverse apático, tener una *depresión nerviosa*, experimentar insuficiencia sexual o volverse un alcohólico (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 287).

En síntesis, para los autores del *Estudio Psicosocial*, las prácticas de sobrecompensación, la destreza sexual y la demostración de la seguridad en sí mismo definen al hombre y al machismo latinoamericanos. Además, el fuerte cuestionamiento de estos rasgos masculinos en un hombre podrían llevarlo a experimentar problemas sexuales, de salud o psicológicos. Como lo veremos a

---

[43] "a) supremacía y predominio del hombre, b) su interés sexual supuestamente más fuerte comparado con el de la mujer, c) su correspondiente liberación de los tabúes al expresar esa necesidad y d) su necesidad de demostrar su masculinidad" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 287).

[44] La seguridad de sí mismo (que incluye la seguridad en la toma de decisiones) es también considerado como un rasgo masculino aprobado culturalmente por parte de los autores del *Estudio Base*. Por ejemplo, "los esposos [del grupo] vasectomía se presentan a sí mismos en el [periodo de] seguimiento como *relativamente menos dubitativos para decidir* y más inclinados a formar vínculos permanentes y cercanos con otros. Sus esposas los retratan como relativamente más sociables, extrovertidos, y *decididos al lidiar con problemas*. Todos estos puntos reflejan un incremento en la efectividad y confianza social–cualidades que la cultura generalmente considera deseable para el hombre" (Ziegler et al., 1966, p. 55).

continuación, estos son elementos clave para entender la segunda interpretación que ofrece el *Estudio Psicosocial* (citada al finalizar el anterior acápite).

2.1.4 La masculinidad, los efectos psicológicos adversos y los resultados aparentemente contradictorios en el *Estudio Psicosocial*

Si consideramos que, en el *Estudio Psicosocial*, la vasectomía representa un reto o cuestionamiento importante para un hombre[45] y, por lo tanto, según lo descrito anteriormente, podría provocarle problemas psicológicos (por ejemplo, "depresión nerviosa"), entonces es comprensible —como ya habíamos visto y según la lógica de los investigadores— que "algunos hombres vasectomizados podrían reportar efectos positivos *con el propósito de convencerse a sí mismos* de que estuvieron en lo correcto al haber elegido la operación" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 281). Para resumir y aclarar: que los hombres hagan énfasis en los efectos positivos no es simplemente una respuesta psicológica frente a una decisión difícil ("reducción de la disonancia") sino que, particularmente para el caso latinoamericano, se trata también de un comportamiento de sobrecompensación que les exige a los hombres vasectomizados mostrarse seguros de la decisión que tomaron para que su masculinidad no sea objeto de cuestionamiento o escrutinio adicionales (comenzando por ellos mismos). En otras palabras, dado que su masculinidad permanece bajo sospecha luego de haberse realizado una vasectomía, los hombres compensan esa "pérdida" al enfatizar una característica que sería propia del contexto latinoamericano: "la demostración de una absoluta seguridad propia". Según el *Estudio Psicosocial*, al hacer énfasis en los efectos positivos del procedimiento, los hombres están, al mismo tiempo, convenciéndose de haber tomado una decisión correcta y, de esta forma, despejan posibles cuestionamientos que puedan formularse a su masculinidad. Al demostrar seguridad en sí mismos y en la decisión que tomaron, dado que son características demandas en el contexto latinoamericano, esos hombres vasectomizados pueden seguirse mostrando como hombres tan masculinos como cualquier otro. Así, sobrecompensan la "pérdida" de masculinidad que otros hombres (y otras personas) podrían adjudicarles.

---

[45] Para quien lo desee, ofrezco ejemplos adicionales: 1) bajo el subtítulo "obstáculos psicológicos", los autores plantean: "la vasectomía y la castración podrían permanecer, hasta cierto punto, indistinguibles [de forma] inconsciente para muchos hombres" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 284). 2) También citan un artículo de la revisión sobre los efectos psicológicos que plantea lo siguiente: "la vasectomía estimula los miedos infantiles de la castración en todos los hombres en mayor o menor grado" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 284).

A diferencia de lo que ocurría en el *Estudio Base* —que relacionaba la masculinidad, sobre todo, con los efectos psicológicos adversos—, en el *Estudio Psicosocial* los efectos psicológicos adversos y la aparente contradicción entre los resultados causados por la vasectomía —es decir, ambas cosas— son comprensibles a la luz de la interpretación que ofrecen sobre los hombres, la masculinidad y el machismo latinoamericanos. En los dos estudios, en todo caso, se presenta la misma relación básica entre efectos psicológicos adversos y masculinidad. En síntesis, la comprensión médica que se ofrece en ambos casos no se puede desligar de la comprensión sobre la masculinidad que tienen. Se trata de dos aspectos o aristas de un mismo argumento.

2.1.5 La masculinidad, el machismo y los efectos psicológicos adversos como asuntos generalizados

Es importante resaltar que la preocupación por la condición psicológica de los pacientes y la comprensión particular sobre la masculinidad, presentes en los *Tres Estudios* fundamentales de este capítulo[46], se encuentran también en otros documentos de la época y de formas similares. Aunque sobre la condición psicológica ya había hecho referencia a un manual médico (Rueda, 1980), pueden encontrarse referencias adicionales en el mismo texto. En el apartado titulado *Aspectos técnicos de la vasectomía*, Eugenio Gómez Lloreda —profesor asistente de urología de la Universidad Nacional de Colombia (Rueda, 1980, p. 237)— afirma lo siguiente: "hay que anotar algunas críticas [de la vasectomía] […] d) puede ocasionar problemas psicológicos y/o del comportamiento sexual en individuos emocionalmente inestables" (Rueda, 1980, pp. 211-212). Además, cuando discute los asuntos relativos a la operación para revertir la vasectomía, afirma: "las razones aducidas más frecuentemente son: […] – el deseo de sobreponerse a supuestos problemas psicológicos derivados de la vasectomía" (Rueda, 1980, p. 221).

Por otra parte, Sarria Olcos hace alusión a las "complicaciones psicológicas":

> Son tardías y ocurren en pacientes que se arrepienten de haber sido intervenidos o que han sido mal instruidos y poco motivados. Varían mucho y a veces son de muy difícil tratamiento […] Su tratamiento debe ser hecho con un psiquiatra (Sarria Olcos, 1979, pp. 720-721).

[46] *Estudio Piloto*, *Estudio Psicosocial* y *Estudio Base.*

Finalmente, en un manual de anticoncepción, que fue escrito para el equipo de salud (Uriza Gutiérrez, 1982, p. 7), se considera que "la vasectomía hecha en individuos sanos, psicológicamente bien adaptados, no afecta significativamente el balance hormonal masculino, el deseo sexual, la capacidad de erección o la eyaculación del semen" (Uriza Gutiérrez, 1982, p. 77). Además, en el conjunto de razones para no llevar a cabo el procedimiento en ciertos hombres, se plantean una serie de "contraindicaciones psicológicas" (Uriza Gutiérrez, 1982, p. 79). En síntesis, reiterando lo que afirmé párrafos atrás, la condición psicológica de los pacientes era una preocupación presente en varios artículos de investigación y manuales médicos durante los años 70 y principios de los 80. Aunque las primeras menciones aparecen en los *Tres Estudios* fundamentales, a lo largo de esa década siguen apareciendo en documentos escritos dirigidos a la comunidad médica de ese entonces.

Por otra parte, respecto a la comprensión particular de la masculinidad, especialmente aquella que la relaciona con la seguridad en sí mismo y con la toma de decisiones, ocurre algo similar. En un libro que contiene las lecturas indispensables que los "multiplicadores" o formadores debían tomar en consideración en sus talleres formativos sobre sexualidad y planificación familiar dirigidas a la población colombiana[47], se afirma lo siguiente:

> En realidad, el hombre es quien menos tributa de su vida emocional y afectiva, por ello es quien afronta las situaciones y se introduce con un cierto tipo de iniciativa, es quien explora la realidad buscando estructuras simples y precisas, *es quien busca tener ideas claras que le permitan actuar seguramente* (ACEP, 1975, p. 59).

En el manual que guiaba el trabajo de los formadores también se plantea lo siguiente: "lo masculino, por su naturaleza, posee atributos de exploración que inducen a *una actitud de iniciativa*, de conquista y de proyección en función de lo femenino" (Carrasco de Gómez, 1975, p. 23). Por último, una mención llamativa se encuentra en la transcripción de la conferencia que ofreció Fernando Tamayo —por entonces presidente de Profamilia— durante la 4ta Conferencia Internacional sobre Esterilización Voluntaria:

[47] Se trata de un manual (Carrasco de Gómez, 1975) y de las lecturas indispensables (ACEP, 1975) que hacen parte de un proceso formativo en sexualidad y planificación familiar dirigido a la población colombiana y diseñado por la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP).

> Aunque la esterilización femenina ha tenido amplia aceptación en Colombia, ese no ha sido el caso para las vasectomías. Pero esto no es difícil de explicar si uno recuerda que en Latinoamérica, como en África o en Islam, la responsabilidad de los hijos recae generalmente en la mujer. Además, el carácter de estas sociedades es uno en el que *generalmente el hombre es quien toma las decisiones* (Tamayo, 1979, p. 123).

Estas menciones nos permiten considerar que esa comprensión particular de la masculinidad —sobre todo aquella que hace alusión a la toma de decisiones (y en la cita de ACEP (1975) respecto a la seguridad en sí mismo)— era compartida por algunos actores importantes en la historia de la planificación familiar en Colombia durante los años 70. Años después, sin embargo, es posible seguir rastreando esa comprensión. Jesús de los Ríos Osorio —quien adquirirá mayor importancia para la historia de la vasectomía en Colombia durante los años 80— afirmaba: "en la mayor parte del mundo, los hombres tienden a influir más en la toma de decisiones que las mujeres" (de los Ríos Osorio, 1994b, p. 73).

2.1.6 Metodologías y provisión del servicio adecuadas a la psicología masculina

Hasta ahora, del conjunto de preguntas que he planteado sobre las entrevistas o sesiones que les solicitaban a los posibles candidatos para una vasectomía, aquella que hacía énfasis en la preocupación por la condición psicológica de los pacientes ha sido resuelta: los efectos psicológicos de la vasectomía constituían un tema de importancia para la investigación médica que se llevaba a cabo sobre ese método anticonceptivo, al menos desde mediados de los años 60. Si se quería ofrecer el método en Latinoamérica, específicamente en Colombia, los/as investigadores/as consideraron necesario tener en cuenta esos antecedentes investigativos.

Es claro que la aparente contradicción entre resultados —reportados en esos estudios— era, en realidad, compatible (a la luz de las comprensiones particulares sobre la masculinidad que tenían los/as investigadores/as). Por lo tanto, es posible trazar una línea de continuidad entre los resultados aparentemente contradictorios (fundamentales para entender por qué existía una preocupación por la condición psicológica de los pacientes) y una comprensión particular de la masculinidad: aquella que hace énfasis en la seguridad en sí mismo y en la toma de decisiones. Sin embargo, otro resultado reportado en las investigaciones sobre los efectos psicológicos de la vasectomía nos permite entender las demás preguntas planteadas y, finalmente, el establecimiento del requisito relativo a las entrevistas y sesiones previas.

A pesar de que en la inmensa mayoría de las investigaciones de Rodgers y Ziegler se reportaron efectos psicológicos adversos, sin embargo, en el estudio de 1966

> los cambios adversos encontrados […] fueron menos "profundos y generalizados" que los cambios vistos en la investigación previa [1965]. Esta diferencia puede ser explicada por el incremento en la exposición de los sujetos al equipo de estudio. El diseño de la segunda investigación permitió la exploración considerable de ansiedades y la discusión de preocupaciones íntimas. *Los investigadores consideran que "algunos efectos desfavorables fueron sorteados o atenuados por el proceso de investigación"* (Goldsmith & Goldberg, 1974, pp. 282-283)[48].

En el *Estudio Base* se amplían los detalles de esta consideración:

> El hecho de que los cambios adversos en este estudio fueran menos profundos y generalizados […] *parece explicado de forma adecuada por la diferencia en metodologías*. Los sujetos iniciales no tuvieron contacto con el equipo de investigación y, por lo tanto, no tuvieron una exposición prolongada para permitirles una exploración psicológica o psiquiátrica de ansiedades o preocupaciones. Por el contrario, la presente investigación involucró contacto personal considerable de parte del equipo de investigación con los sujetos y sus esposas y aseguró una amplia discusión de sus historias personales y sus preocupaciones íntimas. La discusión personalizada y comprensiva de las actitudes y las circunstancias que rodean *un evento inminente y potencialmente traumático* podría, así lo creemos, atenuar su impacto emocional (Ziegler et al., 1966, p. 59)[49].

Retomando estas consideraciones —y las que se desprenden de los demás estudios que consultaron—, los autores del *Estudio Psicosocial* concluyen:

> Las investigaciones que acabamos de describir constituyen un argumento de mucho peso a favor de *conversaciones extensas y exhaustivas entre el paciente de una vasectomía y el personal de planificación familiar entrenado en psicología o psiquiatría*. […] *Al paciente debe dársele apoyo no solo antes de la operación sino, también, en entrevistas de seguimiento que le den la oportunidad para entender y lidiar con sus ansiedades* (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 283).

---

[48] Las comillas son originales.

[49] Fernando Tamayo, en la conferencia citada anteriormente, concuerda básicamente con esa caracterización de la vasectomía: "un programa de vasectomías representa *un choque muy grande* para el hombre" (Tamayo, 1979, p. 123).

No queda duda de que, a pesar de ser usual la manifestación de efectos psicológicos adversos en hombres que se han vasectomizado (según las investigaciones revisadas en el *Estudio Psicosocial*), este problema puede atenuarse mediante un cambio en el diseño metodológico. Al proveer espacios previos y posteriores a la operación para que los hombres puedan discutir y abordar sus preocupaciones y ansiedades con el personal médico, se esperaría que el impacto emocional o psicológico que les reporta este método anticonceptivo se vea atenuado[50]. Y, finalmente, si se trata de ofrecer la vasectomía como un método anticonceptivo para el público en general —lo que constituye la iniciativa pionera de Profamilia—, entonces, según los autores del *Estudio Psicosocial*, tiene sentido adaptar esos cambios metodológicos a la forma como se piensa proveer el servicio. Se necesita, por lo tanto, crear espacios previos y posteriores a la operación quirúrgica para que los candidatos puedan abordar y resolver sus preocupaciones psicológicas.

Llegados a este punto, es evidente que los espacios previos a la operación corresponden a las entrevistas solicitadas para ser considerado como un posible candidato para la realización de la vasectomía. Recordemos ese requisito: asistencia a tres entrevistas. La primera, con un trabajador social, en donde se hace énfasis en la estabilidad emocional del candidato y se realiza una evaluación psicológica. La segunda, con un médico y con la asistencia de la esposa, en donde se conocen los detalles del procedimiento quirúrgico. Y la tercera, nuevamente con el trabajador social, en donde se brinda una oportunidad adicional para resolver dudas. Claramente, todos estos espacios previos constituían una posibilidad para abordar y resolver las preocupaciones psicológicas que pudiera tener cualquier candidato. Además, no bastando el tiempo que proveen las entrevistas, era necesario que luego de firmado el consentimiento para la operación —posible únicamente hasta la tercera entrevista— el candidato esperara dos semanas adicionales antes del día efectivo de la operación, para que así pudiera pensar detenidamente su decisión. Esta relación —entre las entrevistas con el personal en planificación familiar y la preocupación por la condición psicológica de los pacientes— no solo es evidente en los *Tres Estudios* fundamentales sino, también, en uno de los manuales médicos de la época: "*con el fin de evitar reacciones psicológicas adversas*, acostumbramos dar al

[50] Son muchas las citas que reconfirman esta interpretación en el *Estudio Psicosocial* (Goldsmith & Goldberg, 1974, pp. 283, 289 y 290).

potencial usuario de la vasectomía una excelente información respecto al procedimiento, indicándole en forma clara sus objetivos, ventajas y desventajas" (Rueda, 1980, p. 212)[51].

Así mismo, los espacios posteriores a la realización del procedimiento, aunque no se trataban propiamente de requisitos, seguían permitiendo que los hombres abordaran y trataran los problemas psicológicos luego de la operación. El *Estudio Piloto*, como ya vimos, plantea explícitamente el ofrecimiento de un apoyo psicológico a los hombres que asisten a su examen de semen y a su entrevista de seguimiento 6 meses después de la operación. Además, estos hombres tienen la posibilidad de asistir a varias reuniones anuales con otros hombres vasectomizados para discutir y recibir apoyo entre ellos. Nuevamente, esta relación —entre los espacios posteriores a la operación y la preocupación por la condición psicológica de los hombres vasectomizados— no es exclusiva de los *Tres Estudios* fundamentales. Por ejemplo, Sarria Olcos plantea lo siguiente:

> Es muy importante que la institución siga en contacto con los pacientes intervenidos. Esta relación otorga al vasectomizado un apoyo emocional en su nueva condición de estéril, se conocen sus reacciones y problemas y así se le estimula para que se convierta en multiplicador del programa (Sarria Olcos, 1979, p. 724).

Además, durante esos años, "se fundó un simpático "club de vasectomizados" que colaboraban en la información a los clientes potenciales" (Echeverry, 1991, p. 154) o, utilizando los términos de la cita anterior, era un espacio que estimulaba la participación de los hombres como multiplicadores del programa. Es posible que las reuniones abiertas anuales de las que habla el *Estudio Piloto* fueran las del mencionado club, a juzgar por la siguiente afirmación:

> Los voluntarios que se anotaban para participar de las actividades de esta inusual agrupación se reunían periódicamente con candidatos a la operación para relatarles su experiencia y servir como

[51] En otro manual se afirma: "preparación pre-operatoria. Se le debe brindar al hombre la oportunidad de expresar sus temores sobre la intervención y que se le responda a sus preguntas antes de realizar la misma" (Uriza Gutiérrez, 1982, p. 80).

> prueba viva de que hay, contrario a sus peores miedos, vida después de la vasectomía (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 75)[52].

Retomando las preguntas restantes —que planteé con anterioridad— sobre las entrevistas y los espacios solicitados para los candidatos a la vasectomía, es posible afirmar que, aunque no entra en absoluta contradicción con el planteamiento que concibe que ese requisito particular busca que a Profamilia no se le acuse de llevar a cabo procedimientos forzosos o no voluntarios —que, sin duda, es un asunto planteado por los opositores de Profamilia en la época (Corsi Otálora & Rueda Gómez, 1972)—, la razón más acorde y claramente fundamentada parece ser otra: la preocupación por la condición psicológica de los hombres que iban a ser intervenidos quirúrgicamente. Además, como fue mostrado con claridad, esa preocupación se fundamenta en una comprensión particular de la masculinidad y, para el caso colombiano, sobre una comprensión específica del hombre y el machismo latinoamericanos. Así, es posible trazar una relación de continuidad entre algunos de los requisitos planteados en el *Estudio Piloto*, la conversión del diseño metodológico en los espacios previos y posteriores requeridos para la provisión del servicio de vasectomías y, finalmente, el carácter sobrecompensador y de seguridad en sí mismo (y en sus decisiones) propios de los hombres y el machismo latinoamericanos.

En otras palabras, el establecimiento de espacios previos y posteriores a la realización de la vasectomía —que hace parte integral de los esfuerzos pioneros por proveer el servicio en Colombia y Latinoamérica— tiene su sustento inmediato en los efectos psicológicos adversos reportados por varias investigaciones de la época. En el caso del *Estudio Psicosocial*, los efectos adversos y los resultados aparentemente contradictorios reportados por las investigaciones, son comprendidos gracias a la interpretación que tienen del hombre y el machismo latinoamericanos, particularmente, la necesidad constante que tienen los hombres de mostrarse seguros de sí mismos (y de las decisiones que toman). De esta forma, el establecimiento de esos espacios tiene como sustento último una forma específica de comprender la masculinidad. Por lo tanto —como primera conclusión—, ciertas prácticas tecnocientíficas de Profamilia en los años 70, específicamente las comprensiones y recomendaciones médicas sobre la forma de proveer el servicio de vasectomías y establecer sus

---

[52] De forma interesante, expresado como iniciativa propia, uno de los hombres del documento audiovisual afirma: “lo que pasa es que una de las cosas que debiéramos de [sic] hacer ya nosotros que hemos pasado por la operación… tratar de hacer como un club. Ir propagando, más o menos, la operación” (Stuart, 1971).

requisitos iniciales, están profundamente articuladas o sustentadas en una comprensión sobre la masculinidad de aquellos a quienes se esperaba ofrecer el procedimiento. Requisitos y masculinidad hacen parte de un mismo argumento y práctica médicas. Esta relación —entre vasectomía y masculinidades—, sin embargo, no es la única que se puede rastrear en el conjunto de artículos de investigación y manuales médicos que pude consultar en los años 70; allí, en torno a la aceptabilidad del método, se plantearon otras relaciones explícitas. Como veremos, aunque inicialmente podrá parecer una desviación de la discusión central, el asunto relativo a la aceptabilidad tendrá conexión con un planteamiento expuesto en el *Estudio Psicosocial.*

2.1.7 "Reflexionando por caminos sinuosos"[53] o, mejor, una digresión: la relación entre el machismo y la aceptabilidad del método anticonceptivo

Son muchas las menciones sobre la poca acogida o baja aceptabilidad que recibió el programa de vasectomías de Profamilia durante los años 70 (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 79; Echeverry, 1991, p. 154; Guttmacher Institute, 1979, p. 88; Landman, 1979, p. 75; Trias, 1990, p. 60). En algunos casos se afirma que no existe una razón clara al respecto[54]; en otros, sin embargo, se afirma que la cultura, las creencias, las actitudes (y otros términos similares) "tradicionales" son los que se oponen y obstaculizan el desarrollo de un programa de vasectomías.

Contemporáneamente se ha afirmado lo siguiente:

> […] desde sus inicios la anticoncepción masculina ha tenido que enfrentar barreras culturales muy fuertes. Además de los acostumbrados reparos de corte religioso, no son ningún secreto los sesgos machistas de la sociedad colombiana, que asocian fecundidad con hombría y esterilidad con disfunción sexual. De manera que para implantar un programa de AQV [Anticoncepción Quirúrgica

[53] Les Luthiers. (1994). Unen Canto con Humor [Video]. YouTube. https://youtu.be/BiYl3BUTXwc?t=1800.

[54] Por ejemplo, "a pesar de los importantes esfuerzos informativos realizados, no se obtuvo mayor éxito y la recepción que le acordó entre nosotros el sexo masculino fue, por decir lo menos, fría. No hay un análisis serio de las razones por las cuales lo que fue rechazado por los hombres fuera acogido pocos años después, con tanto entusiasmo, por las mujeres" (Rueda, 1980, p. 16). Esta situación se reitera en otro documento (Rodríguez de Francisco, 1989, p. 7).

> Voluntaria] masculina que tuviera beneficios, había primero que abolir una serie de mitos y temores completamente infundados (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 74)[55].

Sin embargo, a inicios de los 70 —e incluso en 1980—, algunos artículos se distancian de lo planteado anteriormente.

En algunos casos, la contraposición entre el machismo y la anticoncepción masculina (específicamente la vasectomía) es planteada como la comprensión usual que se formula para desaconsejar el establecimiento de un programa de vasectomías. Así lo planteaba Fernando Tamayo:

> Profamilia fue informada, según razones verificadas, que sería imposible iniciar programas de esterilización en un entorno católico […] [Y también] se dijo que la actitud machista supuestamente tan prevalente en Latinoamérica evitaría que los hombres buscaran el procedimiento comparativamente más simple conocido como vasectomía (Tamayo, 1977, p. 7).

Sin embargo, esta contraposición está planteada para, inmediatamente después, ser refutada: "se mostró que las razones verificadas eran, de hecho, *una difamación a la inteligencia de las personas en Hispanoamérica*. […] en Profamilia, […] 776 hombres fueron vasectomizados" (Tamayo, 1977, p. 7). Es decir, según Tamayo, un entorno en el que exista una actitud machista no necesariamente se contrapone u obstaculiza el establecimiento de un programa de vasectomías ni el uso de ese método anticonceptivo por parte de los hombres (algunos pueden, "inteligentemente", hacer uso del método)[56]. Por lo tanto, las razones que se lleguen a plantear, ante el *eventual problema* de una baja aceptación o poca acogida del método, tendrían que plantearse de otra forma[57].

---

[55] En un libro reciente también se plantea que el machismo y la influencia de la iglesia explican el rechazo a las vasectomías (Sánchez Escobar et al., 2021, p. 74).

[56] Un artículo comparte las mismas consideraciones de Tamayo («Vasectomy in Latin America», 1973).

[57] El artículo de Tamayo y el de la anterior nota a pie de página se publican pocos años después (1977 y 1973, respectivamente) del inicio del programa de vasectomías, por lo tanto, la evaluación de la aceptabilidad del programa (si se hacía) constituía un "problema" de menor importancia que la justificación del establecimiento del programa mismo. En otras palabras, el "problema" de la baja aceptación o poca acogida del método probablemente no existía o no tendría la importancia que, posteriormente y con mirada retrospectiva, los artículos y libros de los siguientes años plantearán. Por esa razón me refiero al "problema" de aceptabilidad como un asunto *eventual*. Además, si el objetivo primordial era iniciar un programa de vasectomías, entonces, la razón usual que se plantearía para desaconsejar ese esfuerzo tenía que ser rápidamente desacreditada. Este era un "problema" de mayor urgencia.

En todo caso, a partir del contenido de este artículo y otro similar («Vasectomy in Latin America», 1973), es imposible establecer si los autores consideran que un programa de vasectomías puede convivir de forma relativamente armónica con un entorno machista o si, más bien, el programa de vasectomías logra de forma efectiva —con tensiones de por medio— darse un espacio a costa de la existencia de un entorno machista. En principio, la segunda opción parece más plausible.

A pesar de lo anterior, la contraposición entre machismo y vasectomías que aparece en la citas extraídas de los libros más recientes (Dáguer & Riccardi, 2005; Sánchez Escobar et al., 2021) es absoluta y, por lo tanto, no admite ninguna de las anteriores posibilidades. Aunque uno podría pensar que la afirmación de Dáguer y Riccardi (2005) se encuentra más cercana a la segunda consideración, ya que el espacio o la ventana de oportunidad que tendría un programa de vasectomías para existir en un entorno machista residiría en la abolición de mitos y temores infundados, lo cierto es que para los autores los "sesgos machistas […] asocian fecundidad con hombría y esterilidad con disfunción sexual" (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 74) y, en ese sentido, el machismo consiste precisamente en esos mitos, temores y, en últimas, en la ignorancia por parte de los hombres (y de la población en general), que se esperaría abolir. En otras palabras, acabar con el machismo pasa por la abolición de esos mitos, temores e ignorancia. Esta aparente ventana de oportunidad para lograr garantizar la aceptabilidad del método anticonceptivo o, simplemente, esta abolición necesaria del machismo para la implementación de un programa de vasectomías, es puesta en duda por Miguel Trías al afirmar que "*a pesar de los importantes esfuerzos informativos realizados*, no se obtuvo mayor éxito" (Rueda, 1980, p. 16). Es decir, para él, la aceptabilidad del método no se logra simplemente mediante el ofrecimiento de información que desacredite mitos o temores infundados.

Incluso, un profesional de la salud en 1980[58] desestima que el machismo tenga algo que ver con la baja aceptabilidad del método. Bajo el subtítulo *Machismo y Vasectomías*, plantea lo siguiente:

> Alguien inventó el término "machismo" y se descorrió entonces una gruesa cortina para muchos o un fino velo para otros; pero en ambos casos se dejó ver en el escenario de la elucubración y la polémica a un gran número de actores desconocidos, que no eran más que las actitudes que no se habían podido

[58] Se trata de Alonso Acuña Cañas quien, según el manual que recopila su capítulo (titulado *Consideraciones sobre la vasectomía*), es "urólogo y vicepresidente de la Sociedad Bogotana de Sexología Humana" (Rueda, 1980, p. 237).

> acomodar al libreto de las argumentaciones; el guion se volvió entonces fácil y todo explicable por ese conducto (Rueda, 1980, p. 201).

Para él, en síntesis, "la palabra 'machismo' se puede interpretar como argumento liviano y equívoco" (Rueda, 1980, p. 201). Nuevamente, como sucede con algunos artículos de inicios de los 70, se distancia de lo planteado por los documentos más recientes o contemporáneos: no había lugar para considerar que el machismo explicara la poca acogida del método anticonceptivo. En todo caso, cuando intenta explicar las posibles razones de la baja aceptabilidad del método, Alonso Acuña parece recurrir a una serie de actitudes masculinas y femeninas:

> en el caso de la vasectomía se encuentra que existe un sentido de temor frente al procedimiento quirúrgico por parte del hombre, sumado al sentir del latino que cree reservado este tipo de asuntos para la mujer […] pero al mismo tiempo se encuentran mujeres que se oponen a la vasectomía del marido por miedo a causarle molestias o deterioro en su sexualidad, o perderlo con mayor posibilidad de infidelidad; es decir, ¿está la mujer avivando el sentido machista? Sin embargo, la contradicción concurre para confundir el panorama […] (Rueda, 1980, p. 202)[59].

Por lo tanto, una serie de actitudes —algunas de ellas "tradicionales", como sugiere la referencia al "sentir del latino" y a la mujer que avivaría el sentido machista— explicarían la oposición al uso del método anticonceptivo. Esa serie de actitudes también se recogen, de forma similar —aunque claramente relacionadas con las sociedades tradicionales o no occidentales—, en las razones que ofrece Fernando Tamayo sobre la baja aceptación que ha tenido la vasectomía en Colombia[60]. Al final, Alonso Acuña termina por plantear que "las razones no serán entonces de orden técnico o económico para que entre nosotros la vasectomía sea tan escasa […]. Las causas, entonces, no están

---

[59] Para Alonso Acuña, el que las mujeres puedan considerarse como causantes del machismo implica una contradicción o problema para la capacidad explicativa de ese término. Por ejemplo, él plantea: "el asunto vuelve entonces a complicarse hasta el punto que en el escenario exclusivo de los hombres entra la mujer, no ya como consecuencia del machismo sino como posible causa del mismo" (Rueda, 1980, p. 201). Creo preciso anotar que, aunque esta interpretación del machismo es muy básica y puede criticarse fácilmente, lo que aquí importa es entender cómo, en todo caso, un actor de la época abordaba la contradicción usual que se plantea entre machismo y vasectomías.

[60] "En Latinoamérica, como en África o en Islam, la responsabilidad de los hijos recae generalmente en la mujer. […]. Además, son sociedades en las que la mujer participa de forma pasiva en la vida sexual, como si se tratara de otro deber doméstico, lo que explica el bajo interés que muestran la mayoría de hombres hacia la anticoncepción" (Tamayo, 1979, p. 123). Ya había reproducido la cita antes, aunque de forma acotada.

en factores extrínsecos sino […] en el mismo objeto del procedimiento, el hombre" (Rueda, 1980, p. 204). En otras palabras, algo propio del hombre que, sin embargo, para Acuña no puede derivar ni ser explicado por algún contexto o ámbito más amplio ("el machismo"), constituye el objeto a indagar para entender la baja aceptación que ha recibido la vasectomía.

Esta discusión muestra cómo la perspectiva contemporánea y retrospectiva que contrapone el machismo a la vasectomía no concuerda con aquella que expresaban los actores involucrados durante los años 70 (y principios de los 80). Al menos, existen matices que se deben considerar para no tergiversar las consideraciones expresadas en ese entonces. En todo caso, la discusión también revela que para la época sí se consideraban una serie de valores, creencias y actitudes "tradicionales" como razones para la poca acogida que recibe un programa de vasectomías. Precisamente, esta interpretación la compartían los autores del *Estudio Psicosocial* y, así, retomamos la discusión central del capítulo.

2.1.8 Vuelta a la trama: ¿para qué tipo de hombres (y de masculinidad) está pensada la vasectomía? ¿Qué masculinidad se (re)produce en la provisión del servicio?

Luego de realizar la revisión de las investigaciones que han estudiado la familia y el rol sexual masculino en Latinoamérica que, por supuesto, incluye las consideraciones sobre la masculinidad y el machismo latinoamericanos, los autores del *Estudio Psicosocial* plantean lo siguiente: "la anterior discusión sobre la estructura familiar y los roles sexuales en Latinoamérica corresponde, por supuesto, a *valores tradicionales que están cambiando gradualmente*. El progreso es visible, principalmente en las clases medias urbanas" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 288). Posteriormente, luego de discutir una serie de procesos que permiten seleccionar a los candidatos que, en efecto, serían operados[61], añaden:

> No hay razones para creer que estos mismos procesos no puedan ser usados en programas de vasectomía en Latinoamérica con los mismos resultados positivos esperados, dado que *hay muchísimos hombres que no corresponde ni encajan con la clásica descripción del rol sexual masculino* (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 290).

[61] Que incluye los espacios previos y posteriores a la operación (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 290).

De esta forma, tal como plantean algunos de los documentos mencionados en el anterior acápite, los investigadores del *Estudio Psicosocial* consideran que el grupo de hombres que se comporta o actúa de forma "clásica" o "tradicional" no corresponde a la población de la que podría esperarse aceptación hacia el método anticonceptivo. Es decir, "la clásica descripción del rol sexual", junto con la caracterización de la masculinidad y el machismo latinoamericanos, sería incompatible con el uso de la vasectomía. Según ellos, gracias a la existencia de muchísimos hombres distintos ("principalmente en las clases medias urbanas"), la vasectomía tendría un espacio o ventana de oportunidad para implementarse pese a un contexto o cultura machistas. Aquí, la contraposición contemporánea (Dáguer & Riccardi, 2005; Sánchez Escobar et al., 2021) que se establece entre machismo y vasectomías sí se encuentra presente.

Sin embargo, este planteamiento parece paradójico o, incluso, contradictorio, si recordamos las razones que subyacen al establecimiento de algunos de los requisitos. Como ha quedado claro, las recomendaciones médicas —específicamente el establecimiento de espacios previos y posteriores al procedimiento— para la provisión del servicio están articuladas o sustentadas en la comprensión particular que tienen los/as autores/as del *Estudio Psicosocial* y *Piloto* sobre la masculinidad y el machismo latinoamericanos. Es decir, los procesos para seleccionar a los candidatos a quienes se les realizará el procedimiento quirúrgico están pensados, fundamentalmente, para un tipo de hombre particular: aquel que define su masculinidad mediante prácticas constantes de sobrecompensación que, entre otras, incluyen la recurrente demostración de su desempeño sexual y, además, que usualmente se muestra como un hombre seguro de sí mismo y de sus decisiones. Es precisamente ese hombre particular el que se esfuerza constantemente por vigilar y adaptar su comportamiento para no ver cuestionada su masculinidad y el que, debido a ese esfuerzo constante, ve afectada su condición psicológica. En últimas, son los hombres que "encajan con la clásica descripción del rol sexual masculino" los que presentan efectos psicológicos adversos y, por lo tanto, quienes son tenidos en cuenta cuando se establecen los procesos de selección de candidatos. En otras palabras, los hombres que *no* encajarían con esa clásica descripción —los "distintos"— *no* son aquellos a quienes se tiene en cuenta para comprender los efectos psicológicos adversos ni, tampoco, son los hombres para quienes sería importante establecer los espacios previos y posteriores a la operación.

Por lo tanto, aunque en los *Estudios Psicosocial* y *Piloto* se afirma que la posibilidad de implementación de un programa de vasectomías se debe a la ventana de oportunidad o espacio que ofrece la existencia de hombres "distintos", en realidad, ocurre lo contrario. Ni a pesar o en contraposición a la cultura machista latinoamericana se diseñó el programa de vasectomías. Uno de

sus requisitos, en realidad, responde a las necesidades de los hombres que encajan con esa descripción "clásica" o "tradicional". Así, como en múltiples ocasiones han mostrado otras investigaciones (ver estado del arte) —aunque aquí la novedad consiste en un rastreo detallado de prácticas tecnocientíficas—, la vasectomía no se contrapone necesariamente al machismo; por el contrario, aquella responde a las necesidades que éste último le plantea. En todo caso, es importante aclarar que esta relación unidireccional o unicausal entre vasectomías y masculinidades (aunque aquí el énfasis ha sido en el "machismo") es un planteamiento provisional. Como veremos, el proceso es también bidireccional.

Es posible afirmar que los espacios previos y posteriores a la operación no solo responden o se articulan a las consideraciones sobre la masculinidad y el machismo latinoamericanos, también las (re)producen. En el análisis de los resultados arrojados en la encuesta aplicada a los hombres partícipes del *Estudio Piloto*, las autoras afirman:

> La información detallada ofrecida a todos los candidatos […] produce, a menudo, cambios importantes en las ideas individuales sobre la vasectomía—parece que el 34% de los hombres vasectomizados inicialmente habían tenido miedos sobre la posibilidad de impotencia, pérdida de virilidad, la posibilidad de relaciones sexuales poco satisfactorias y castración. Luego de recibir información en Profamilia, *el 95% de los hombres habían eliminado cualquier duda* (Goldsmith et al., 1973, pp. 503-504).

En otras palabras, para las autoras del *Estudio Piloto*, los espacios que proveen información a los candidatos tienen como efecto producir hombres seguros de sus decisiones y, en últimas, seguros de sí mismos. Si bien en los *Tres Estudios* fundamentales se explican someramente las razones por las cuales los efectos adversos de la vasectomía disminuirían o se verían atenuados por la relación prolongada entre pacientes y personal médico —facilitada por la inclusión de espacios previos y posteriores a la operación—, no es difícil entender la lógica que opera ahí. Precisamente, si el problema básico para los hombres es ser considerados como menos masculinos luego de realizada la operación, los espacios previos y posteriores constituyen oportunidades en las que pueden demostrar y asegurarse —en primer lugar, para sí mismos— que no han dejado de ser hombres al haber escogido la vasectomía. En el caso de los hombres latinoamericanos y, especialmente colombianos, los espacios les permiten practicar y reforzar una de las características demandadas culturalmente para seguir siendo considerados masculinos: estar seguros de las decisiones que toman. Por ejemplo, uno de los hombres del documento audiovisual afirma: "[…] que todos los que

nos están escuchando […] lleven esto a cabo *concienzudamente* y viendo que todos los que estamos aquí […] hasta el momento *estamos obrando con todas nuestras facultades*" (Stuart, 1971). Así, los espacios constituyen un lugar para la (re)producción de una de las características de la masculinidad que sustenta y justifica, a su vez, la implementación y el diseño de esos mismos espacios. De esta forma, la relación unilateral/unicausal entre la vasectomía y el machismo —planteada anteriormente— se complejiza y da lugar, al menos, a un proceso bidireccional. En otras palabras, la seguridad en sí mismo y en la toma de decisiones inspiran el diseño de los espacios previos y posteriores a la operación y, al mismo tiempo, en esos mismos espacios, esa representación particular de la masculinidad tiene una nueva posibilidad de ser practicada y expresada por los hombres. Así, los espacios previos y posteriores permiten la (re)producción de esa representación.

Las relaciones (en las) que (se) entreteje la vasectomía en la vida de los hombres y en la época constituyen una maraña a partir de la cual no es posible determinar con toda claridad qué hilos anteceden, suceden o finalizan ciertos procesos históricos. La voz masculina con la que se inició la recomposición de esta historia no parece consistir, simplemente, en un testimonio que se origine únicamente en el hombre que lo pronuncia. Es factible considerar que su preocupación por la condición psicológica es una incorporación de la comprensión médica existente para ese entonces que, a su vez, le permite mostrarse como un hombre que entiende las implicaciones del procedimiento y puede hablar con seguridad sobre la decisión que ha tomado. Así, (de)muestra que su masculinidad no se ha visto afectada. Con seguridad, uno de ellos afirmaba: "personalmente me atrevo a testificar que desde que la persona esté preparada emocionalmente, psicológicamente ya esté estructurada, no tiene por qué causar trauma de ninguna clase" (Stuart, 1971). Al final, se configura un hombre vasectomizado y un servicio de vasectomías masculinizado.

Ilustración 1. Una mujer (posiblemente trabajadora social) sostiene un folleto informativo sobre vasectomías.

Fuente: (Guttmacher Institute, 1979, p. 88).

2.2 Segunda parte. Masculinidad en concreto: las Clínicas para el Hombre de Profamilia

Durante los primeros años de la década del 70, las salas de espera de Profamilia presenciaban un aumento sostenido del número de hombres que esperaban el llamado para ser intervenidos quirúrgicamente mediante una vasectomía. Estos visitantes, sin embargo, comenzaron a disminuir desde mediados de la década del 70 y las salas de espera de Profamilia no volvieron a estar ocupadas por un número similar sino hasta una década después. Durante la segunda mitad de los años 80, los visitantes aumentaron y fueron más que todos los que habían visitado las clínicas desde el inicio del

programa pionero. Así, a partir de 1985, se inaugura en la institución *un nuevo espacio* para hacer que más hombres opten por la vasectomía como su método anticonceptivo[62].

En "1985 se inicia el programa de la Clínica especializada para el Hombre" (Profamilia, 2020, p. 83). El programa, ofrecido por Profamilia, se conoció como Clínica Masculina o Clínica para el Hombre. Específicamente, Profamilia abrió en 1985 las Clínicas para el Hombre de Bogotá y Medellín, en las que se ofrecían varios servicios (por ejemplo, urología, sexología o vasectomías) (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 85)[63]. Además de tratarse de un programa que ofrecía una variedad de servicios en salud sexual y reproductiva, las Clínicas para el Hombre también fueron espacios físicos o infraestructuras nuevas, diseñadas e inauguradas para atender a la población masculina.

La revista de Profamilia (*Profamilia: planificación, población y desarrollo*) nos ofrece detalles adicionales de la clínica de Bogotá: "Profamilia, en noviembre de 1985, vio la necesidad de *abrir una clínica exclusivamente para ellos*. […] *Tiene entrada independiente* por otra calle" (Profamilia, 1989b, p. 32)[64]. Para el caso de Medellín, se afirma que "*adyacente a la clínica principal*, está la Clínica para el Hombre, que se fundó el 1ro de septiembre de 1985 […] Su director, el doctor Jesús de los Ríos, trabaja en la institución desde 1971. Esta clínica cuenta con 2 salas de cirugía y 3 consultorios" (Profamilia, 1989a, p. 39)[65]. Aunque por sí mismo no deja de ser llamativo el hecho de que Profamilia inaugurara nuevos espacios para atender a la población masculina —lo que merecerá un recuento detallado más adelante—, es fundamental aclarar que la relevancia de este suceso para la presente investigación consiste en que varios actores involucrados establecieron una estrecha relación entre la inauguración de las clínicas y el aumento de las vasectomías realizadas. Esta relación, así como algunos detalles históricos sobre la creación de las clínicas, se expondrán al

---

[62] Sobre el número anual de hombres vasectomizados en Profamilia puede consultarse el Anexo A.

[63] Para esa época, un documento hace alusión a una clínica adicional: la de Cali (Galvis, 1995, pp. 155, 163).

[64] Los énfasis en cursiva de las citas incluidas en este capítulo son añadidos, a menos que se indique lo contrario. En Bogotá, la Directora de la Clínica para el Hombre fue Cecilia Cadavid de Trías (Hernández, 1987, p. 29; Profamilia, 1989b, p. 32). Aunque intenté por diversos medios establecer contacto con ella, lamentablemente no fue posible.

[65] En 1994 se inaugura una nueva clínica en Bogotá: "el 28 de julio [de 1994] se inaugurará oficialmente nuestra nueva Clínica para el Hombre en Bogotá para lo cual *se ha adaptado una casa vecina a nuestra sede* que supone un *aumento* y mejoría considerables del área que disponía esta Clínica sobre la Avenida Caracas" (Trías, 1994a, p. 5). Un asesor anticonceptivo que trabajó en Profamilia-Bogotá me confirma esa información (ENT/EP).

principio de este capítulo. Posteriormente, se ofrecerá una comprensión de la lógica subyacente a su creación (que involucra aspectos sobre la masculinidad).

2.2.1 La conexión entre las Clínicas para el Hombre y la realización de vasectomías

A principios de este siglo, el médico-urólogo y director de la Clínica para el Hombre de Medellín, Jesús de los Ríos Osorio, afirmaba[66]:

> en la década del 70 el número de vasectomías fue bajo, pero a partir de 1984 se presentó un incremento sostenido en relación con los cambios en las políticas de contracepción y selección de pacientes, *y con la creación de la Clínica Masculina de Profamilia* que le dio la importancia merecida a la vasectomía (de los Ríos Osorio, 2004, pp. 28-29).

Años atrás, esa misma opinión la compartía con otros colegas urólogos (de los Ríos O. et al., 1996, p. 27; de los Ríos Osorio et al., 1995, p. 10)[67]. Algo similar se afirma para la clínica de Bogotá: "el [programa] que más acogida ha tenido es el de vasectomía [y] el objetivo principal de la Clínica para el Hombre es la planificación familiar masculina" (Hernández, 1987, p. 29). Miguel Trías, quien fue médico y director ejecutivo de la institución, consideraba que las Clínicas de Profamilia han sido "un éxito clamoroso" y que han contribuido al crecimiento de las vasectomías (Trías, 1994b, p. 15). Recordemos que él fue director de la clínica que tradicionalmente atendía a las mujeres en Bogotá (ENT/AE). Finalmente, un informe de Profamilia corrobora las anteriores afirmaciones:

> Las vasectomías alcanzaron un máximo en 1974, pero después cayeron para retomar el ascenso solamente en 1981; este aumento fue posteriormente mayor, gracias a la apertura de las Clínicas para el Hombre, en 1985 (Ordoñez Gómez & Ojeda, 1994, p. 8).

La anterior información es compartida por diversos miembros del equipo de Profamilia. Todos consideraron que el aumento de vasectomías desde 1985 se debe, en gran medida, a la creación de

---

[66] Lamentablemente, no fue posible entrevistarlo. Tengo noticias de su fallecimiento en un manual de 2014 y en la edición de 2017 de la revista *Urología Colombiana.* El manual puede consultarse en: https://shorturl.at/qDEU1.

[67] Ambos artículos fueron escritos con Arturo Arenas Arévalo, a quien entrevisté. A propósito, en el Anexo B podrán encontrar la información general sobre las entrevistas.

las Clínicas para el Hombre. Aparte de Jesús de los Ríos Osorio y Miguel Trías, los documentos citados fueron escritos por Gabriel Ojeda —para ese entonces director de Planeación e Investigación de Profamilia (Ordoñez Gómez & Ojeda, 1994)— y Arturo Arenas Arévalo —urólogo, quien realizó vasectomías en Profamilia-Medellín desde 1984 hasta su retiro en 2021 (ENT/AA/1)—[68]. En síntesis, los mismos actores involucrados consideran que para entender el aumento de vasectomías desde mediados de los años 80 es necesario considerar la experiencia de las Clínicas para el Hombre. Debido a que me interesa seguir atentamente los juicios y relaciones que ellos/as planteaban —como mostré durante el periodo de los años 70—, entonces, resulta útil reconstruir algunos detalles históricos de esas Clínicas.

2.2.2 Los primeros años de las Clínicas para el Hombre de Profamilia

Luego de inaugurar las dos primeras clínicas en 1985 (Bogotá y Medellín), los esfuerzos se ampliaron rápidamente a otras ciudades. Tres años después, en 1988, se crearon las Clínicas para el Hombre de Cali y Cartagena (Galvis, 1995, p. 155). En 1989 se crearon en Pereira, Manizales y Sincelejo (Galvis, 1995, p. 156). Sobre esta última, como será de relevancia más adelante, es importante mencionar algunos detalles de su infraestructura: "Clínica Sincelejo. […] En el segundo piso de la sede y con *entrada independiente* funciona la Clínica para el Hombre" (Profamilia, 1990, p. 55). Lo mismo sucedía con la clínica de Pereira, ya que estaba "completamente separada" (Vernon et al., 1991, p. 56). En 1990 existían 8 Clínicas para el Hombre (Ramírez Ocampo, 1990, p. 5)[69]. Básicamente, en un lapso de 5 años Profamilia amplió rápidamente su red de clínicas masculinas. A continuación, ofreceré algunos detalles sobre su proceso de creación.

[68] En todo caso, es posible citar más documentos y actores que establecen la misma relación (de los Ríos Osorio, 1994a, p. 81; Echeverry, 1991, pp. 218-219; Hollerbach, 1989, p. 323; Pérez Niño & Daza Milkes, 1995, p. 38).

[69] Además de las clínicas mencionadas, la octava se encontraba en Pasto (Profamilia, 1989a). Miguel Trías también menciona ocho clínicas (Trias, 1990, p. 60).

2.2.3 Actores y organizaciones clave en la historia de las Clínicas para el Hombre.

Seguramente por su duración[70] e importancia[71], la mayor parte de la información existente sobre las clínicas corresponde a las de Bogotá y Medellín. Sobre esta última sabemos que Jesús de los Ríos, "crea […] la clínica masculina (hoy Clínica del Hombre)" (Sánchez Escobar et al., 2021, p. 72). Sin embargo, Arturo Arenas plantea que la idea de crear la clínica "nació de Jesús y del Dr. Aníbal Castañeda" (ENT/AA/1). Según él, Jesús de los Ríos fue el que le propuso la idea al Dr. Castañeda[72] (ENT/AA/1). En todo caso, el mismo Aníbal Castañeda concibe la creación de la clínica como un proyecto conjunto:

> Nos habíamos contactado [él y Jesús de los Ríos] con un programa muy interesante en Brasil, que ya tenía una clínica masculina […] visitamos Brasil para ver sus clínicas masculinas y decidimos abrir una clínica […] independiente de la clínica femenina pero contigua (ENT/AC/1).

Más allá de los detalles del caso, está claro que la Clínica para el Hombre de Medellín fue impulsada por Jesús de los Ríos y Aníbal Castañeda. Por lo tanto, para entender la lógica que impulsó ese proyecto, debemos tener presente los recuentos que puedan ofrecer sobre el proceso.

La conexión con Brasil (que relata Aníbal Castañeda), puede constatarse en un libro de historia de Profamilia: "se iniciaron en 1985 las Clínicas del Hombre […], anexas a las clínicas de PF

---

[70] "[Jaime] Guevara [Delgado] explica que en 1994 se fusionaron administrativamente las clínicas masculinas […] a las femeninas. […] A partir de entonces, las siete Clínicas del Hombre dan paso a casi 30 programas masculinos […] y quedan como espacios independientes sólo las clínicas de Bogotá y Medellín" (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 88). En 1993 Jaime Guevara era "asistente médico de la Dirección Ejecutiva" de Profamilia (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 88).

[71] Respecto al número de vasectomías realizadas. En 1991, "aparte de las clínicas con orientación masculina en Bogotá y Medellín (que en 1986 realizaron 1163 y 476 vasectomías, respectivamente), las clínicas que han hecho el mayor [número] de vasectomías son las de […] Cali (199), Pereira (73) y Palmira (46). […] Le siguen las [demás], cada una realizando cerca de 23 intervenciones" (Vernon et al., 1991, p. 55). Aunque no pude encontrar información publicada sobre el número de vasectomías que practicó cada clínica de forma separada y anualmente, es factible que ese comportamiento estadístico no haya cambiado sustancialmente. Es decir, es probable que en Bogotá y Medellín siempre se hayan realizado la mayoría de los procedimientos.

[72] Aníbal Castañeda, médico-ginecólogo, fue el director de la Clínica de Profamilia en Medellín, es decir, de la clínica que atendía históricamente a las mujeres. Ocupó ese cargo durante 28 años, desde 1968 (Profamilia, 1989a; Sánchez Escobar et al., 2021). Alcides Estrada, consultor médico para AVSC, me confirma esa información (ENT/AE).

[Planificación Familiar] pero independiente de ellas, según el modelo de la Fundación Propater en Sao Paulo, Brasil" (Echeverry, 1991, p. 218). Además de la experiencia en Brasil, que también tiene relación con la clínica de Bogotá[73], es importante resaltar el apoyo de una organización internacional en todo este proceso: "en 1985 […] alentados por el éxito de PRO-PATER *y con el apoyo de la AVSC*, Profamilia decidió comenzar un programa completo de vasectomías" (Rogow et al., 1991, p. 15). Aníbal Castañeda reconoce el apoyo de esa organización en la creación de la clínica de Medellín (ENT/AC/1). En Bogotá, por ejemplo, un artículo afirma que "para poder comenzar sus labores, AVSC financió este proyecto" (Profamilia, 1989b, p. 32)[74]. En síntesis, en el proceso de creación de las Clínicas de Bogotá y Medellín, la visita a Brasil y los apoyos financieros y de conexiones que permitió AVSC fueron aspectos fundamentales.

Como pudo leerse en el primer capítulo, la Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AVSC, por sus siglas en inglés), fue una organización internacional fundamental en la inclusión de los hombres en la planificación familiar a nivel mundial. Sabemos que en Colombia inició sus actividades en 1971 y seguía manteniendo una oficina en el país en 1991 (Echeverry, 1991, p. 195). A finales de los 90 se afirmaba que la oficina de la AVSC se ha "mantenido en Bogotá desde 1983, [siendo] la primera para Sur América y, a partir de 1985, para toda la región de Latinoamérica y el Caribe" (Seltzer & Gómez, 1998, p. 64). Además, sabemos que durante la década del 90 la AVSC publicó en Colombia varios manuales y libros sobre capacitación en consejería anticonceptiva (AVSC International, 1995a, 1995b) y entrenamiento en técnica quirúrgica de vasectomía (Gonzáles et al., 1999; Kopp, 1996b, 1996a). Incluso, ha publicado con otras organizaciones libros sobre hombres y masculinidades (AVSC International et al., 2000; AVSC International & Fundación CIMDER, 2000). Básicamente, se trata de una organización clave en la historia de la anticoncepción quirúrgica (y especialmente de la vasectomía) en el país.

[73] Un profesional de la salud, quien trabajaba cuando se creó la Clínica para el Hombre en Bogotá, me comenta que se visitó la clínica en Brasil para conocer el programa que adelantaban allá y recibir capacitación (ENT/NN).

[74] Cuando se creó la segunda versión de la Clínica en Bogotá (en 1994), esa misma organización internacional ofreció apoyo (Trías, 1994a, p. 5).

Al indagar por la participación de la AVSC, algunos entrevistados me ofrecieron información adicional. Alcides Estrada, quien fue asesor médico de esa organización[75], comenta lo siguiente: "yo creo que [AVSC] llegó en el 82. […] Llegó en el 82 a establecerse en Colombia […]. Fue Fernando Gómez el que estableció la oficina regional" (ENT/AE)[76]. Él también me confirma que las clínicas de Profamilia y la de Brasil recibieron financiación de esa organización: "esa era una de las clínicas que financiaban en Brasil, que AVSC financiaba […]. En Colombia financiamos tres clínicas del hombre: Bogotá, Medellín y Cali" (ENT/AE). Pude corroborar ese financiamiento en la entrevista que me concedió el mismo Fernando Gómez (ENT/FG). En resumen, es claro que el apoyo financiero y el establecimiento de la oficina regional para América Latina en Bogotá de la AVSC posibilitó que el caso brasileño inspirara la creación de las Clínicas para el Hombre en Colombia. Básicamente, la AVSC sirvió de puente entre ambas experiencias. Por ello, cualquier reconstrucción sobre la creación y el desarrollo de las Clínicas para el Hombre quedaría incompleta si no se considera a las personas que trabajaron para esa organización internacional en Colombia. Sus recuentos, así como los de los directores (y directora) de las clínicas de Bogotá y Medellín, son fundamentales para entender la lógica que subyace a la creación de esos espacios.

Por ahora, aunque sabemos la importancia de la clínica brasileña, no sabemos todavía quienes la visitaron. Según Aníbal Castañeda, "de Medellín solamente fuimos el Dr. De los Ríos, su señora, Aníbal Castañeda y su señora" (ENT/AC/2). También comenta que

> Jesús de los Ríos fue un asesor […] que le ayudó mucho a la entidad internacional que se llamaba AVSC. Ellos lo utilizaron como mensajero en toda América Latina para difundir los conceptos de vasectomía y anticoncepción masculina (ENT/AC/2).

En la entrevista con Fernando Gómez él me confirma esa participación: "teníamos un grupo de asesores […] por ejemplo, el Dr. Castañeda era asesor… [y] el Dr. De los Ríos también" (ENT/FG). Además, Fernando Gómez complementa la información sobre la visita a Brasil:

---

[75] Él mismo me confirma su participación como asesor médico de la AVSC (ENT/AE). Un artículo confirma esa participación (Voluntary Surgical Contraception Workshop, 1987).

[76] Según él, "Fernando Gómez estuvo como hasta el […] 90 o el 92. No tomes las fechas como precisas. Pero él estuvo varios años como director regional para América Latina en AVSC" (ENT/AE).

> Realmente la idea original era más como a nivel de Aníbal que era director de la clínica de Medellín […] Pero a quiénes invitamos, no me acuerdo […]. Yo sé que estuvo el Dr. Trías, el Dr. Miguel Trías, que era el director de Profamilia en esa época y Cecilia Cadavid que era la esposa de él (ENT/FG).

Aunque los anteriores datos parecen dispersos, es posible reconstruir un proceso histórico: la historia de la creación e inauguración de las Clínicas para el Hombre de Profamilia, especialmente las de Bogotá y Medellín, no puede entenderse sin el apoyo financiero y de contactos que posibilitó la AVSC. Los directores de las clínicas tradicionales y masculinas de Bogotá y Medellín conocieron, de primera mano, la experiencia de la clínica masculina que financiaba esa organización en Brasil. Además, algunos de ellos se desempeñaban como asesores médicos para la AVSC. Es factible plantear que estos contactos, aparte de lo mencionado en los testimonios y citas reproducidas, se produjeron sin mayores esfuerzos, si se tiene en cuenta que la oficina regional para América Latina y el Caribe de la AVSC se estableció en Bogotá un año después (1982) de creada la clínica en Sao Paulo (1981) (Rogow et al., 1991, p. 4). Por lo tanto, quienes hicieron parte de la AVSC también fueron artífices y pueden dar cuenta de la lógica que subyace a la creación de las Clínicas para el Hombre de Profamilia. Junto con los directores —y directora, para el caso de Bogotá— de las clínicas, las personas que trabajaron para la AVSC jugaron un papel clave en este proceso.

2.2.4 Clínicas con horarios y espacios diferenciados

Luego de rastrear los actores y organizaciones clave de esta historia, podemos centrarnos en las características de las clínicas. Las Clínicas para el Hombre de Profamilia no eran idénticas respecto a su infraestructura física. Es claro que las clínicas de Bogotá y Sincelejo tenían entradas independientes para los hombres, es decir, ellos no entraban por la misma puerta por donde lo hacían las mujeres. Y las clínicas de Medellín y Pereira se encontraban separadas de las clínicas que tradicionalmente atendían a las mujeres. En general, crear espacios separados se consideró fundamental en la creación de estas clínicas:

> Cuando se decidió trabajar para y con los hombres, las estrategias a utilizar fueron las siguientes: contar con *entradas y áreas de espera independientes* y ofrecer una serie de servicios de salud reproductiva y general. En la Clínica, los hombres cuentan con una *planta física independiente* y con *personal propio* que ha sido clave para que ellos se acerquen a solicitar los servicios (AVSC International et al., 2000, p. 126).

Esta descripción, sin embargo, parece ser más adecuada para

> las primeras 3 clínicas para el hombre —[…] Bogotá, Medellín y Cali— [ya que] se abrieron con 2 estrategias específicas: (1) proporcionar *entradas y salas de espera separadas* para hombres y (2) ofrecer al hombre una gama de servicios de salud reproductiva, sexual y general con la meta de lograr que vengan a las clínicas (Barker, 1998, p. 39).

Aníbal Castañeda confirma que la Clínica de Medellín tenía "entradas separadas, tanto para la clínica masculina […] como para la clínica femenina" (ENT/AC/2). Arturo Arenas hace una descripción similar:

> La clínica masculina tenía su sección masculina, independiente de las mujeres, completamente. Lo único que teníamos en conjunto era quirófanos […]. Inclusive los pacientes entraban por una puerta diferente de las mujeres […] los sitios de consulta estaban en diferentes partes (ENT/AA/1).

Es decir, no solo la entrada sino también las salas de espera eran separadas (ENT/AA/2). Básicamente, la Clínica para el Hombre de Medellín se comunicaba internamente con la clínica tradicional que atendía a las mujeres y compartía con ella únicamente los quirófanos para realizar las operaciones, sin embargo, mantenía a los hombres separados de las mujeres gracias a una entrada y una sala de espera exclusivas. Esta también era la situación que caracterizó a la primera Clínica para el Hombre de Bogotá.

Efraín Patiño, quien fue asesor/consejero anticonceptivo en Profamilia-Bogotá desde 1984 hasta su retiro, en 2020[77], me describe la Clínica para el Hombre de la siguiente forma:

> EP: Cuando empezamos la Clínica para el Hombre era una clínica pequeña […] en la Avenida Caracas con 34 esquina. Era un espacio de un piso. […] Entraba uno y encontrábamos una recepción, una salita de orientación, el baño para pacientes, una sala de espera pequeña […], otra sala de orientación que era la mía, […] luego una puerta que dividía la zona quirúrgica, donde había una sala de recuperación, […] una sala de cirugía, una sala donde se cambiaban los pacientes y el laboratorio clínico. Eso era la Clínica para el Hombre.
> (Luis Eduardo/Entrevistador) LE: Y eso era entrada separada, tengo entendido yo.

[77] Él mismo me confirma que desempeñaba esa labor en Profamilia (ENT/EP). La información también se puede corroborar en un documento (Best, 1998).

> EP: Sí (ENT/EP).

Posteriormente, cuando se inauguró la segunda Clínica para el Hombre de Bogotá, Efraín Patiño la describe como un espacio más grande de dos pisos (planeada por Cecilia Cadavid y Miguel Trías) (ENT/EP). Específicamente, esa segunda clínica tenía una infraestructura completamente independiente. Al menos así lo afirma un trabajador de la salud de Profamilia-Bogotá:

> LE: La Clínica para el Hombre de Profamilia, la infraestructura, ¿funcionaba casi que todo separado de la clínica para las mujeres?
> NN: Sí, claro, porque se hizo una edificación completamente independiente. Se hizo una infraestructura independiente (ENT/NN).

En síntesis, aunque parece ser que la primera Clínica para el Hombre de Bogotá tenía en común con la de Medellín el hecho de estar conectadas internamente con la clínica tradicional correspondiente, es posible que la primera clínica en Bogotá no compartiera los quirófanos para la realización de las operaciones. En todo caso, cuando se inauguró la segunda clínica en Bogotá, además de mantener la entrada y la sala de espera independientes, logró con seguridad que todos los otros espacios no se compartieran con mujeres, al tratarse de una nueva edificación. Un artículo, haciendo referencia a ambas clínicas, detalla los espacios físicos separados y, además, la existencia de personal exclusivo para los hombres: "ofrecen *instalaciones completamente separadas* de aquellas usadas por las mujeres (incluyendo salones, salas de espera, quirófanos y salas de recuperación); tienen *personal separado* (por ejemplo, consejeros, doctores, ayudantes de enfermería, recepcionista y celador)" (Vernon et al., 1991, p. 55).

Aparte de Bogotá, Medellín, Pereira y Sincelejo, en Barranquilla también se estableció una entrada separada para los hombres (Profamilia, 1990, p. 52). Para el caso de Cali, sin embargo, me es imposible determinar si contaba con entrada separada, aunque parece que tenía una conexión interna con la clínica tradicional (ENT/AE).

Finalmente, cuando Profamilia no podía establecer espacios físicos separados utilizó otras estrategias para que no confluyeran al mismo tiempo hombres y mujeres. "En Pasto se programaron horas —en la tarde— y personal separados para hombres, de lunes a sábado" (Vernon et al., 1991, p. 56). En esa clínica y en la de Pereira, "se propusieron horas especiales en las que los hombres recibirían servicios […], logrando así una atmósfera exclusivamente masculina" (Vernon et al., 1991, p. 56).

De esta forma, ante la ausencia de infraestructura adecuada, los servicios prestados en diferentes horarios permitían separar a los hombres de las mujeres.

Por lo anterior, no quedan dudas de que la creación de espacios y horarios separados caracterizaron a las Clínicas para el Hombre de Profamilia. Sin embargo, esta situación particular e interesante hace inevitable preguntarse lo siguiente: ¿por qué se decidió ofrecer los servicios de esta forma? ¿qué sentido tenía crear espacios y horarios separados? A continuación, ofreceré una posible respuesta a esas preguntas.

2.2.5 Las necesidades de la población masculina

En términos generales, en los documentos consultados se planteaba que el ofrecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva para los hombres debía atender las necesidades propias o particulares de la población masculina. Si se lograban atender esas necesidades, los servicios serían exitosos. Por ejemplo, en un manual de capacitación en la técnica quirúrgica conocida como vasectomía sin bisturí, reproduciendo un documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se afirma lo siguiente:

> Atención a las necesidades especiales de los hombres. Los programas que específicamente tienen en cuenta las características psicológicas de los hombres tienen más probabilidades de éxito. *En algunas sociedades, esto puede significar que el programa de vasectomía debe estar físicamente separado de los servicios femeninos de planificación familiar*. *En algunas culturas, puede ser recomendable que el personal clave de la clínica esté conformado por hombres*. *Las horas de la clínica deben ser convenientes para los clientes*; sesiones en las tardes, los fines de semana o días festivos pueden ser más apropiadas para los hombres para quienes es inconveniente salir de su trabajo durante los días de semana (Kopp, 1996a, p. C.9).

Jesús de los Ríos, sin ofrecer mayores detalles, estaba de acuerdo con ese planteamiento. Creía que, de esa forma, habría más aceptación que resistencia por parte de los hombres (de los Ríos Osorio, 1994b, p. 73). También consideraba que el menor número de vasectomías se debía a no atender esas necesidades masculinas (de los Ríos Osorio, 1994a, p. 80). Otros documentos comparten las mismas consideraciones (Rogow et al., 1991, p. 18; Vernon et al., 1991, p. 59). Sin embargo, aunque dichas menciones nos aseguran que la forma en la que Profamilia ofreció los servicios sexuales y reproductivos masculinos —especialmente el servicio de vasectomía— respondió a unas necesidades particulares que se consideraban propias de la población masculina, todavía no es claro

en qué consistían tales necesidades. En este punto, el recuento de algunos actores involucrados se torna fundamental.

Aníbal Castañeda plantea lo siguiente:

> LE: ¿Por qué era importante crear una clínica diferente para hombres y no utilizar la misma infraestructura de la clínica femenina para ofrecer los servicios masculinos?
> AC: Porque los hombres difícilmente nos juntamos con las mujeres y las mujeres difícilmente se juntan con los hombres. Entonces, era necesario una unidad, que no estuviera muy distante de la clínica femenina, *donde se pudiera hablar abiertamente con los hombres sin prejuicios, sin problemas* (ENT/AC/1).

Haciendo alusión a razones muy similares, Alcides Estrada considera que "en esa época se consideró que era bueno tenerla [separada] *para que el hombre se sintiera más en confianza y hablara un poco más de su reproducción y de los problemas que podría tener*" (ENT/AE). De forma similar, Arturo Arenas reflexiona sobre las implicaciones que tendría ofrecer espacios compartidos para los hombres que estuvieran considerando una vasectomía:

> LE: ¿Usted cree que era importante hacer eso? ¿Ofrecer esos servicios de manera separada?
> AA: Sí, yo creo que sí […]. Y sigo pensando que sí porque hay que respetar el pudor de las personas. *Un hombre no se va a hacer fácilmente la vasectomía delante de un grupo de mujeres* que están esperando que las pasen a la sala por una tubectomía (ENT/AA/2).

Incluso, a pesar de las modificaciones logradas en la Clínica para el Hombre de Bogotá, un documento plantea que los espacios compartidos seguían creando problemas en la prestación del servicio:

> Aunque la clínica de Profamilia tiene su propia entrada, salas de espera y de consejería, también comparte algunas zonas con la adyacente clínica para mujeres, y eso crea *momentos de incomodidad para algunos hombres si se encuentran con mujeres mientras están utilizando los servicios* (Rogow et al., 1991, p. 20)[78].

[78] Efraín Patiño considera que eso afectó la calidad del servicio ofrecido (ENT/EP).

Finalmente, estas reflexiones también eran compartidas por otros actores fundamentales: quienes dirigieron las clínicas —tradicional y masculina— de Profamilia en Bogotá. Miguel Trías afirma que la decisión de crear clínicas separadas se debía "*más por timidez* [de los hombres] *de compartir sus dudas y problemas ante tantas mujeres* que por su oposición a la planificación familiar" (Trias, 1990, p. 60)[79]. Y Cecilia Cadavid, en una entrevista reciente y en el marco de un panorama amplio de las actividades de Profamilia, plantea que los hombres

> *casi siempre estaban reacios a hablar de su sexualidad*. […] "Esa realidad nos empezó a mostrar que *los hombres necesitaban otro tipo de atención en la que pudieran sentirse escuchados y en confianza*" […] A mediados de los años setenta se adecuó una pequeña clínica en la calle 34 con Caracas para atender únicamente a los hombres, y en 1985 se inauguró uno de los proyectos más ambiciosos de Profamilia: La Clínica del Hombre (Profamilia, 2020, p. 174)[80].

En síntesis, varios de los actores involucrados —incluidas tres de las cuatro personas que dirigieron las clínicas de Bogotá y Medellín—, consideraban explícitamente que los hombres tendrían grandes dificultades para articular o expresar sus problemas de salud sexual y reproductiva en un espacio que fuera compartido con mujeres. Según ellos —en su inmensa mayoría profesionales de la medicina—, la necesidad masculina consistía en lo siguiente: los hombres necesitan espacios separados de las mujeres para poder hablar y expresar sus problemas de salud sexual y reproductiva. Por la misma razón, se consideraba que ofrecer servicios de vasectomía sin atender esa necesidad habría sido infructuoso y, por ello, la creación de espacios u horarios separados fue clave en el ofrecimiento del método anticonceptivo.

2.2.6 Las necesidades masculinas como conocimiento tácito o simplemente asumido

Las citas reproducidas anteriormente —de actores fundamentales en el proceso de creación de las Clínicas—, que aclaran cuál era la necesidad que debía tenerse en cuenta al ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva masculina, sin embargo, no ofrecen razones ni argumentos que permitan saber

---

[79] En un libro de historia de Profamilia, citando a Miguel Trías, se puede leer algo similar (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 84).

[80] Las comillas son originales. Salvo esta cita, no he podido identificar en otros documentos la existencia de la mencionada clínica de los años 70.

por qué se consideraba que, en efecto, esa necesidad particular se presentaba en la población masculina. Es decir, permiten identificar cuál era la necesidad mas no entender por qué ocurría o se presentaba en los hombres. Así, los actores involucrados exponen una necesidad particular sin entrar en consideraciones adicionales. Se trata de un conocimiento *asumido* sobre las necesidades masculinas. Es decir, es un conocimiento que no está acompañado de ningún ejercicio reflexivo adicional. Esta característica del saber médico es planteada en un documento por Germán López, quien "ha estado detrás de varios de los proyectos más importantes de Profamilia" (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 104), entre ellos, la creación del Programa o Centro para Jóvenes (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 132). En el documento mencionado —que hace un recuento de las actividades de Profamilia que involucran a la población masculina (particularmente mediante las Clínicas para el Hombre)—, se afirma lo siguiente:

> […] el hecho de que los médicos pasen menos tiempo con pacientes y [tengan] menos tiempo para participar en la capacitación, sumado a protocolos médicos que llevan a algunos doctores a ver la salud [desde el] punto de vista del tratamiento de enfermedades, […] *son factores que inhiben una mayor reflexión por parte de ellos*. El sector de salubridad en general, dice [Germán] López, es "patocéntrico", o sea, enfocado en el tratamiento de enfermedades y no en su prevención. *Ni siquiera los urólogos se interesan en materias de masculinidad* […]. Ni el VIH ha bastado para cuestionar el sistema de salud, ni nuestros modelos de prevención y conceptos de género (Barker, 1998, p. 47).

Esta forma de asumir sin mayores consideraciones un conocimiento particular sobre las necesidades masculinas y, por consiguiente, de asumir sin reparos la forma en la que debería ofrecerse un servicio de salud sexual y reproductiva masculina (mediante espacios u horarios diferenciados), también fue evidente a lo largo de la entrevista que me concedió Nicolás Núñez (ENT/NN). Aparecieron allí algunas expresiones recurrentes sobre la creación de la Clínica para el Hombre: "no es ninguna cosa ilógica haberla creado" o "no había ninguna ilógica en el asunto" (ENT/NN). Básicamente, se considera que fue una decisión coherente o con sentido[81]. Además, cuando le pregunto a Fernando Gómez por qué se consideró necesario crear una clínica separada, su respuesta ofrece muchas pausas y varias razones sin conexión aparente entre ellas:

> Se pensó que haciéndolo un poquito separado […] era más fácil que los hombres llegaran. Porque la otra es hacer una clínica totalmente orientada al servicio femenino y […] *meter un hombre por ahí*

[81] Casi que podría decirse lo siguiente: ¿de qué otra forma podría haberse dado?

> *era más… Pues más complicado*. En cambio, aquí podían tener sus ambientes… Los cirujanos podían tener sus salas de cirugías más tranquilas, […] pues menos competencia. […] [Con] las mujeres […] generalmente era todo por la mañana y había suficientes mujeres. Los hombres llegaban un poco más graneaditos durante el día. No, yo creo que fue por eso. Porque la cosa se pensó que si en Sao Paulo […] les había ido bien era por eso, entonces, […] se experimentó en Bogotá, en Medellín y en Cali hacerla un poco separada, pero pues estaba casi que al lado del mismo edificio (ENT/FG).

En síntesis, las afirmaciones —de muchos de los actores protagonistas o partícipes en la creación de las Clínicas para el Hombre— relativas a las necesidades consideradas propias de la población masculina son planteadas sin mayores consideraciones. Constituyen un conocimiento tácito, aparentemente lógico o simplemente asumido que es expresado sin que se ofrezca mayor ilustración.

2.2.7 Posibles reflexiones sobre las necesidades masculinas asumidas

A pesar de lo anterior, intentando entender mejor esas consideraciones, en algunas entrevistas y documentos se pueden encontrar indicios. Por ejemplo, Aníbal Castañeda plantea lo siguiente:

> LE: ¿Por qué cree que, de pronto, los hombres tendrían problemas para hablar de sus asuntos de salud sexual y reproductiva si había mujeres alrededor?
> AC: Yo creo que sí, que tenían… Yo creo que aún ahora tienen desconfianza para hablar de eso. Aún ahora siendo tan liberales. ¿Cómo te imaginas que fuera hace 50 años? Eso era una cosa absurda, ilógica.
> LE: ¿Y por qué será que a los hombres les cuesta hablar de esas cosas como normalmente, sin problemas?
> AC: *Por el concepto de machismo y por el concepto de que no son ellos quienes tienen los hijos. No son los que se embarazan*.

Alcides Estrada, además de la alusión al machismo, expone una razón adicional:

> LE: ¿Y usted por qué cree que, de pronto, los hombres no tenían esa confianza para hablar de esos temas?
> AE: El hombre siempre se ha considerado machista y [dice:] 'a mí no me pasa nada, eso le pasa a los demás, pero a mí no me pasa nada y en sexualidad yo soy muy macho', entonces, se consideraba que era por eso… *O que le daba pena ir a consultar, a preguntar por algo de su sexualidad y, entonces, qué iban a decir de él. Ya no iban a decir que era muy hombre* (ENT/AE).

Esta última consideración aparece en un artículo de la revista de Profamilia, en una reflexión sobre los conocimientos que podría tener un hombre acerca los riesgos presentes en el ejercicio de su sexualidad:

> […] su conocimiento sobre los riesgos o las posibilidades de infectarse con enfermedades de transmisión sexual puede ser insuficiente o equivocado, bien por falta de información adecuada relacionada con la fisiología femenina como propia o *por tener que preguntar y que esto le signifique poner en evidencia su ignorancia en este aspecto, en el que se supone que el hombre debe tener pleno dominio de la situación* (Ospina, 1997, p. 22).

Aunque, sin duda, estas dos últimas interpretaciones sobre la dificultad que tendrían los hombres para expresar sus problemas de salud sexual y reproductiva frente a las mujeres no pueden adjudicarse directamente a los actores fundamentales del proceso de creación de las Clínicas para el Hombre, sí ofrecen una posible explicación —planteada por otros— sobre las necesidades masculinas asumidas para la época. En conjunto, se podría plantear lo siguiente:

Un espacio independiente les permite a los hombres expresar sus inquietudes sexuales y reproductivas no sólo porque, de esa forma, no tienen que hacerlo en frente de mujeres sino, particularmente, porque ese espacio les permite no encontrarse en una situación que pondría en duda su masculinidad frente a esas mismas mujeres. Es decir, ya que sus dudas e inquietudes sobre su salud sexual y reproductiva —es decir, su ignorancia frente a esos temas— no podrían ser escuchadas o conocidas por ellas, los hombres tendrían un espacio protegido o aislado en el que se comportarían de una forma contraria a como se supone que deberían hacerlo. Precisamente, ese espacio evita que los hombres enfrenten —por parte de las mujeres— las consecuencias usuales que tendría el hecho de mostrarse como hombres que ignoran o desconocen asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Así, al no compartir espacios con mujeres, ellas no podrían cuestionar la masculinidad de aquellos hombres que ingresan a las clínicas y que admiten que tienen dudas sobre aquellos asuntos[82].

[82] Como plantee para el caso de los años 70, aquí me interesa, sobre todo, reconstruir las interpretaciones o consideraciones de los actores involucrados más que evaluar la pertinencia o solidez argumentativa que yo podría llegarles a reconocer o no. Por ejemplo, uno podría plantear que los horarios o espacios diferenciados no logran su cometido ya que otros hombres —y no solo las mujeres— pueden cuestionar la masculinidad de formas similares.

Por otro lado, es posible ofrecer una razón adicional que hace plausible la anterior afirmación. Profamilia evaluó la opinión de los hombres —usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva— respecto al género de las personas que los atendían, prestaban los servicios o, simplemente, ocupaban los espacios de las clínicas. Como veremos, estas evaluaciones están relacionadas con la anterior interpretación. Por ejemplo, en un documento se planteaba que

> mientras cerca de la mitad de todos los que respondieron dijeron que les era indiferente [la composición de las salas de espera], más o menos un tercio de los clientes de las clínicas solo-para-hombres dijeron que *preferían tener únicamente hombres en las salas de espera*, en comparación con el 19 por ciento o menos de los clientes [—que pensaban lo mismo—] de las clínicas de control o con horas mixtas (Vernon et al., 1991, p. 57)[83].

Algunos años después, haciendo alusión a un estudio de 1997 que evaluó la calidad de los servicios ofrecidos en la Clínica de Bogotá, se concluía que:

> El sexo de quien presta el servicio es importante para los hombres. *Los hombres entrevistados para el estudio preferían ser atendidos por hombres*. La mayoría de los hombres (75%) aceptaría ser atendido por mujeres, pero, *de poder elegir, prefieren tratar con hombres*. En general, comparado con mujeres, los hombres eran más exigentes en cuanto al sexo de los prestadores de servicios. Algunos hombres afirmaron que no consultarían clínicas de Profamilia si no tienen la opción de ser atendidos por un prestador de servicios varón (Barker, 1998, p. 41)[84].

En general, las evaluaciones consideraron las opiniones sobre las distintas personas que podrían ocupar los espacios de la clínica. Es decir, les importaba conocer la opinión de los hombres sobre la presencia de mujeres en el espacio. Específicamente, la última evaluación citada está interesada en

---

[83] Más adelante ofreceré claridades sobre esta investigación.

[84] Estas evaluaciones se mantuvieron hasta el año 2000, tiempo después de la unificación de los servicios masculinos y femeninos en varias sedes de Profamilia y del mantenimiento de las Clínicas para el Hombre únicamente en Bogotá y Medellín. Estos cambios podrían explicar los resultados —contrarios— que arrojaron las evaluaciones posteriores a los años 2000: "los colombianos entrevistados no tienen preferencias específicas respecto al género y edad de los prestadores de servicios" (AVSC International & Fundación CIMDER, 2000, p. 4). "Respecto de los servicios, las preferencias de los hombres a ser atendidos por mujeres son mayores que las preferencias a ser atendidos por hombres. Sin embargo, en este aspecto predomina la población que opina que le es indiferente" (AVSC International et al., 2000, p. 105). Este asunto será retomado más adelante.

conocer la opinión que tendrían los hombres respecto al género de quienes prestan los servicios en la clínica. Estas personas serían las que conocerían de primera mano las preguntas o problemas de salud sexual y reproductiva planteadas por los usuarios (por ejemplo, se trataría de quienes ofrecen asesoría anticonceptiva). De esta forma, la preocupación por la manera de prestar los servicios de salud sexual y reproductiva no se limitaba a producir un espacio libre de mujeres-visitantes sino, a su vez —aunque sólo inicialmente—, libre de mujeres-prestadoras-de-servicio. Es decir, mediante esas evaluaciones no les preocupaba simplemente las relaciones esporádicas o casuales que podría tener un hombre con otra usuaria (charlas incómodas en los pasillos, por ejemplo) sino, sobre todo, la relación obligatoria e íntima que ocurre entre un hombre y quien desempeña el papel de asesor/a anticonceptivo. En este último caso, los hombres tienen que hablar de sus problemas de salud sexual y reproductiva con esa persona si es que desean recibir algún servicio (incluida la vasectomía). Un documento que ofrece un recuento de la experiencia de la Clínica de Bogotá plantea lo anterior con claridad:

> Es difícil imaginar cómo un hombre podría llegar a una nueva y extraña clínica, y decirle a la recepcionista que ha venido porque tiene problemas de erección o porque piensa que tiene sífilis. Comprensiblemente, muchos hombres decían que querían un examen físico; la preocupación verdadera sólo salía a la luz durante el examen. Obviamente muchos de esos exámenes eran innecesarios, además de ser costosos. *De modo que la clínica entrenó a enfermeros para entrevistar a cada cliente* y determinar si debería ser derivado al laboratorio, al sexólogo, para una cita de vasectomía, etc. *Aunque comenzaron usando sólo entrevistadores masculinos, la Clínica usa ahora enfermeros y enfermeras* (Rogow et al., 1991, p. 16).

De esta forma, la provisión *inicial* de los servicios ofrecidos en la Clínica para el Hombre de Bogotá no sólo respondió a la necesidad masculina asumida por aquellas personas que impulsaron ese proyecto sino que, además, produjo un nuevo escenario en el que *los visitantes no podían sino asumir* que hablarían de sus problemas de salud sexual y reproductiva en un espacio libre de mujeres. A partir de lo anterior, además, se corrobora que existía una verdadera preocupación sobre la presencia de mujeres en las clínicas. Aunque aquí estamos frente a una relación de (re)producción de espacios y necesidades masculinas, ésta será abordada más adelante mediante otros ejemplos. Por ahora ofreceré, a modo de paréntesis, una discusión interesante y relacionada: la interpretación que ofrece Nelly Oudshoorn sobre las Clínicas para el Hombre de Profamilia.

2.2.8 Un paréntesis: Nelly Oudshoorn sobre las Clínicas para el Hombre de Profamilia

En el séptimo capítulo de *The Male Pill* Nelly Oudshoorn (2003b) ofrece un análisis de dos clínicas para hombres: la Clínica para el Hombre de Bogotá y la Clínica para Hombres Adolescentes de Nueva York. Debido a la pertinencia de su análisis para este capítulo, recojo aquí algunos elementos en lugar de desarrollarlos en el estado del arte. La argumentación de la autora sobre el caso colombiano puede resumirse de la siguiente forma:

> Una reflexión sobre las prácticas de las clínicas masculinas en Colombia enseña que *estas clínicas no son incompatibles con una cultura machista tradicional*, como uno estaría inclinado a pensar. […] las clínicas masculinas, como aquellas dirigidas por Profamilia, pueden ser entendidas como herramientas eficientes para la integración de los hombres en la planificación familiar. *Establecer clínicas separadas les permite a las organizaciones de planificación familiar ajustar la esfera privada y femenina de la clínica de planificación familiar tradicional a las preferencias, actitudes y normas de los clientes masculinos*. De esta forma, logran atraer a más hombres a los servicios de planificación familiar que las clínicas tradicionales (Oudshoorn, 2003b, p. 154)[85].

En todo caso, para entender mejor su argumento, es importante saber a qué se refiere la autora cuando hace alusión a la cultura machista tradicional —ya que no sería incompatible con la existencia de clínicas masculinas—. La autora ofrece una explicación muy corta al respecto:

> Colombia consiste en una mezcla de cerca de diez culturas originalmente Latino-Mediterráneas con una tradición machista caracterizada por normas y costumbres rígidas acerca de los roles y responsabilidades de hombres y mujeres. *En estas culturas, los hombres y las mujeres tienen esferas de influencia bien definidas*. La *esfera pública*, que incluye la calle, los bares, los sitios laborales y de actividades relacionadas, es *considerada de dominio exclusivamente masculino*. La *esfera privada*, que incluye el hogar y todas las actividades que allí ocurren, tales como el cuidado de los niños, la comida y la salud de la familia, es *considerada como de dominio femenino*. Mientras a los hombres se les permite y se espera que tengan numerosas parejas sexuales y que tengan hijos con más de una

[85] La primera frase de la cita es similar a como la autora inicia su análisis: "a primera vista, uno no esperaría encontrar la red más amplia de clínicas masculinas en Colombia, un país en donde la cultura del machismo aún pervive" (Oudshoorn, 2003b, p. 149).

> mujer, de las mujeres se espera que practiquen la fidelidad sexual y reproductiva[8]. En Colombia, como en otras partes, los tiempos están cambiando […]" (Oudshoorn, 2003b, p. 150)[86].

La autora nos remite a las fuentes que consultó para su análisis (nota 8): "véase Gilmore 1990 y AVSC 1997b: 6." (Oudshoorn, 2003b, p. 261)[87]. Sin duda, una revisión de esos textos nos permitiría entender mejor el planteamiento de la autora, sin embargo, el último documento mencionado no se encuentra publicado y no tengo acceso a él[88]. Por otro lado, respecto al primer documento —de fácil consulta—, es posible plantear un reparo fundamental: el libro de Gilmore *nunca* hace referencia al caso colombiano. Incluso, prácticamente nunca hace referencia a América Latina[89]. Por lo tanto, nada justifica —y, en todo caso, la autora nunca ofrece alguna razón de que sea factible— la extrapolación de la caracterización que ofrece Gilmore sobre el machismo (de otros contextos) al caso colombiano. Por ejemplo, la autora no ofrece argumentos para considerar que la distinción público-masculino y privado-femenino —expuesta por Gilmore— sea aplicable de la misma forma a Colombia, independientemente de la consideración personal que uno pueda tener. Incluso, como pudo leerse (ver también la nota 86 de esta tesis), la autora considera que esa distinción parece estar difuminándose en el país. Además, esa extrapolación automática la lleva a afirmar que Colombia es

---

[86] La cita continúa de la siguiente forma: "en décadas recientes, la urbanización y la educación han conducido a la sociedad colombiana a *reevaluar estos roles de género dualistas*. *Las mujeres*, de todas las clases sociales, *se han apropiado de la esfera pública* al acceder a trabajos con salarios altos y bajos, mientras que los hombres procrean menos hijos con menos mujeres […]" (Oudshoorn, 2003b, p. 150).

[87] Los textos a los que hace referencia son: "Gilmore, D. 1990. *Manhood in the making: Cultural concepts of masculinity*. New Haven, Ct.: Yale University Press" y "Access for Voluntary and Safe Contraceptives International (AVSC). 1997b. Profamilia's clinics for men: A case study. New York: AVSC International" (Oudshoorn, 2003b, pp. 270 y 277).

[88] De acuerdo con la misma cita de la autora, el contenido de ese documento respecto al machismo en Colombia se limitaría a una sola página. Por otro lado, vale la pena resaltar que, como ella misma lo aclara en la nota nueve, "mi análisis de las prácticas de las clínicas masculinas en Colombia se basa en un estudio de caso llevado a cabo por la AVSC […] *(AVSC 1997b)*" (Oudshoorn, 2003b, p. 261), es decir, como lo resalto en cursiva, se trata del mismo estudio mencionado en la nota 8 de la autora.

[89] Salvo en dos ocasiones. La primera, extrapolando los resultados de un libro que parece tratar únicamente del caso mexicano para hablar de "la América Latina urbana" y, la segunda mención, en donde se plantea que un libro sobre Micronesia recordaría lo que sucede en "España, América Latina y los países mediterráneos". En la versión citada por la autora esta información se encuentra en las páginas 16 y 59, respectivamente. Otra mención "cercana" —aunque sólo geográficamente— al caso colombiano corresponde a la comunidad indígena Mehinaku (Brasil), a la que Gilmore le dedica el cuarto capítulo del libro.

una mezcla de culturas originalmente latino-mediterráneas —que son algunas de las culturas enfatizadas en el libro de Gilmore—, desconociendo la composición poblacional del país. Así, el conocimiento de Oudshoorn sobre el machismo en Colombia se limita, básicamente, a una extrapolación automática de algunos argumentos del libro de Gilmore y a una página del estudio de caso llevado a cabo por la AVSC. Sin embargo, con ese conocimiento en mano, la autora interpreta la experiencia de las Clínicas para el Hombre.

Según ella, las Clínicas no son incompatibles con el machismo colombiano debido a que siguen manteniendo la distinción privado-femenino/público-masculino que lo caracteriza. Oudshoorn plantea lo anterior en estos términos:

> Para incentivar a los hombres a visitar estos espacios tradicionalmente femeninos [es decir, las clínicas de planificación familiar], la Clínica para el Hombre de Bogotá transformó la clínica en un mundo masculino: se diseñó con características de alta tecnología para que se pareciera a una oficina en vez de una clínica de planificación familiar (Oudshoorn, 2003b, p. 168)[90].

Además,

> el personal —en su mayoría hombres— se encuentra bien vestido con camisas de rayas azules y corbatas. Esto refuerza la imagen de que el visitante se encuentra en un mundo que le es familiar, algo que se parece más a una oficina que a una clínica de planificación familiar (Oudshoorn, 2003b, p. 153).

En otras palabras, la "esfera *privada* de la clínica de planificación familiar" (Oudshoorn, 2003b, p. 151), cuando se trata de una Clínica para Hombres, es transformada para parecerse a una esfera pública —y, por lo tanto, masculina—: una oficina de trabajo. De esta forma, la Clínica para Hombres no genera una ruptura respecto a la división público-masculino/privado-femenino propia

[90] Las características de "alta tecnología" a las que la autora hace referencia consisten en lo siguiente: "la decoración e iluminación se diseñaron para dar a la clínica una imagen de alta tecnología y para garantizar la privacidad del cliente. El área de recepción, bien señalizada, se diseñó con mostradores de metal cepillado en donde los clientes esperaban los servicios. Al otro lado de la recepción, los diseñadores instalaron puertas polarizadas y deslizables para "proveer privacidad a los clientes y al personal en cada uno de los tres cubículos de consejería" […]. Los pisos primero y segundo de la clínica, donde las salas de examen están ubicadas, tienen áreas de espera recién diseñadas" (Oudshoorn, 2003b, p. 153).

del machismo en Colombia. Además, esta división sigue siendo clave en la interpretación que ofrece la autora respecto a la entrada y la sala de espera separadas de la clínica:

> Las entradas separadas pueden verse como portales materiales y simbólicos entre la esfera pública […] y la esfera *privada* al interior de la clínica, en donde los hombres recién llegan. Las entradas separadas son espacios fascinantes porque facilitan cruzar los límites entre estos mundos tradicionalmente masculinos y femeninos. […] Las salas de espera separadas tienen una función similar, simbólica y materialmente: los hombres permanecen separados de la esfera femenina, aunque están presentes físicamente al interior de esa esfera. Así, los hombres son menos conscientes de estar en un espacio tradicionalmente femenino (Oudshoorn, 2003b, pp. 151-152).

Para la autora, la creación de entradas y salas de espera separadas produce el efecto de hacer que los hombres sean menos conscientes de encontrarse en un espacio privado y tradicionalmente femenino: una clínica de planificación familiar. Nuevamente, el diseño de la Clínica para el Hombre mantendría casi intacta la distinción público/privado que caracterizaría al machismo en Colombia.

Considerando únicamente la argumentación de la autora, la extrapolación automática de las características del machismo —expuestas en el libro de Gilmore— al caso colombiano es problemática por otra razón: no se considera como una opción para interpretar la Clínica para Hombres Adolescentes en Nueva York. Aunque "la YMC [Young Men's Clinic] […] puede ser comprendida en el contexto local específico de la clínica [Estados Unidos], […] la mayoría de sus clientes son hombres dominicanos pobres" (Oudshoorn, 2003b, p. 166), es decir, latinoamericanos. Por lo tanto, aunque Latinoamérica recibe pocas menciones en el libro de Gilmore como un contexto caracterizado por el machismo, sería posible plantear que esas mismas características aplican a todos los hombres latinoamericanos. Para ser más claro: si la argumentación se sustenta parcialmente en lo expuesto por Gilmore, el machismo caracterizaría a las sociedades latinoamericanas y, de esta forma, podría caracterizar a los hombres colombianos y dominicanos. A pesar de ello, la autora solo utiliza el término «machismo» para interpretar el caso colombiano. Nuevamente, el asunto fundamental que quiero resaltar aquí es el siguiente: la autora ignora las anteriores posibilidades de extrapolación de la caracterización del machismo ofrecida por Gilmore —y, en general, nunca reflexiona sobre cualquier posibilidad de extrapolación—, haciendo que su interpretación de las Clínicas para el Hombre quede supeditada a esa misma caracterización. Así, las Clínicas para el Hombre no tienen nada para ofrecerle salvo la confirmación de las características que se consideran propias del machismo colombiano.

En línea con lo anterior, la caracterización que se ofrece del machismo en Colombia parece ser insuficiente para interpretar la experiencia de las Clínicas para el Hombre. En esa caracterización, como se puede constatar en una cita anterior, la autora define los espacios públicos-masculinos y privados-femeninos como "esferas de *influencia* bien definidas" (Oudshoorn, 2003b, p. 150). Así —como lo expone ella—, el espacio privado de influencia femenina sería básicamente el hogar y, por contraste, los espacios públicos de influencia masculina serían, por ejemplo, la calle, los bares o los sitios laborales. Prácticamente todo espacio que no sea el hogar se interpretaría, en principio, como espacio público y, por ello, como espacio de influencia masculina. El problema surge cuando se intenta caracterizar una clínica de planificación familiar y, particularmente, una clínica del mismo tipo dedicada exclusivamente a los hombres. Uno podría preguntarse, ¿qué hace a una clínica de planificación familiar tradicional un espacio *privado* —como, en efecto, Oudshoorn la define—? ¿Es un espacio privado porque, como en el hogar, está habitado de forma constante y usual por mujeres? ¿Es un espacio privado porque sería un espacio de *influencia* femenina? ¿Esta influencia sería del mismo tipo que aquella que ocurre en el hogar? ¿No es posible considerar esa clínica como un espacio "privado" aunque con *influencia* masculina (dada la masculinización de la profesión médica)? Y en el caso de la Clínica para el Hombre, ¿podríamos interpretar el diseño e infraestructura de esa Clínica como un esfuerzo por convertirla en un espacio *público* y, por ello, familiar a los hombres? ¿Sería un esfuerzo para hacer de la clínica un espacio *público* ya que, igual que en una oficina, estaría habitada de forma constante y usual por hombres? ¿Sería un esfuerzo para hacer de la clínica un espacio *público* porque sería un espacio de *influencia* masculina? ¿Esta influencia sería del mismo tipo que aquella que ocurre en una oficina o un bar? Más allá de todas estas preguntas, ¿no es posible pensar cualquier clínica, simplemente, como un espacio *público*? Vale la pena aclarar que considerar de esta forma a cualquier clínica no implica, automáticamente, negar que la intervención y circulación sobre los cuerpos femeninos y masculinos en las clínicas, particularmente en aquellas dedicadas a la planificación familiar, haya sido históricamente desigual. Es perfectamente posible reconocer ese proceso desigual y ubicarlo, a su vez, como parte de un espacio público. En síntesis, ¿qué tan pertinente es aplicar una diferenciación público/privado para interpretar las clínicas de planificación familiar y, particularmente, las Clínicas para el Hombre en Colombia? En línea con los problemas de extrapolación, la autora tampoco considera este asunto (diferenciación público/privado) para evaluar la pertinencia de la caracterización sobre el machismo expuesta por Gilmore. No parece preguntarse por los problemas que tendría esa distinción en el caso colombiano. Así, nuevamente, su interpretación de las Clínicas para el Hombre queda supeditada a esa caracterización.

Aun suponiendo que tal distinción es pertinente, el único argumento persuasivo que ofrece la autora para considerar que, en efecto, se esforzaban por producir un espacio público, consiste en el vestuario del personal y, si acaso, la misma decoración de la clínica. Sin embargo, es posible formular más reparos y preguntas adicionales: ¿qué hace de un mostrador de metal pulido y unas puertas polarizadas y deslizables un esfuerzo por construir un espacio público o masculino? ¿Ese mostrador realmente se parece en algo a una oficina? ¿Esas puertas polarizadas y deslizables no se encuentran en otras clínicas? Por otro lado, la interpretación de las entradas y salas de espera separadas, como pasajes/portales materiales y simbólicos entre lo público y privado, no dicen mucho sobre los esfuerzos particulares para crear una clínica que se parezca a un espacio público. De hecho, las entradas y salas de espera de las clínicas tradicionales también podrían ser portales materiales y simbólicos entre lo público y lo privado. Haciendo uso de la caracterización planteada por Oudshoorn, la entrada de la clínica tradicional permitiría que las mujeres pasen de lo público (la calle) a lo privado (la clínica tradicional). La sala de espera sin hombres de la clínica tradicional tendría el efecto de hacer que ellas sean menos conscientes de encontrarse en un espacio tradicionalmente femenino, es decir, de que asumieran sin reparos que allí prácticamente solo se encuentran mujeres. Si no asumimos la distinción público/privado de forma tan rígida o inmediata, los efectos materiales y simbólicos concretos que Oudshoorn le adjudica a las entradas y salas de espera separadas de las clínicas masculinas también parecen aplicarse a una clínica de planificación tradicional.

Por lo expuesto anteriormente —que tiene en cuenta únicamente la información a la que tuvo acceso Nelly Oudshoorn—, su interpretación sobre el caso colombiano resulta problemática o inadecuada. Son muchas las dudas que se pueden formular sobre la pertinencia de su interpretación. Esto, sin duda, resultará más claro a la luz de los materiales empíricos que he podido recopilar y en los que sustento mi argumentación.

Aunque es factible plantear que Nelly Oudshoorn sabía (aunque no lo dice explícitamente) que la AVSC apoyó la creación de las Clínicas para el Hombre de Colombia, en todo caso, ahora sabemos que así sucedió[91]. Por lo tanto, si la distinción entre espacios públicos/privados aparece como una

[91] Es factible que lo supiera porque no solo conoce el caso colombiano gracias a un estudio llevado a cabo por la AVSC sino, además, porque ella cita otros documentos de la misma organización y del Fondo de Población de las Naciones

característica del machismo colombiano en un documento de la AVSC[92], debería ser tenida en cuenta únicamente como una consideración de los actores involucrados y no, simplemente, como una consideración que uno —como investigador/a— deba asumir automáticamente. En todo caso, a partir del material empírico que logré recopilar, esa distinción no aparece en absoluto. Como ya hemos visto, la consideración era otra: la necesidad masculina de contar con espacios libres de mujeres para expresar sus preocupaciones o problemas relativos a su salud sexual y reproductiva. Así, aunque Oudshoorn parece ofrecer argumentos para considerar que la infraestructura y el diseño de la Clínica para el Hombre consistieron en esfuerzos para hacerla parecer un espacio público y, por lo tanto, familiar a los hombres, sin embargo, a la luz de los hallazgos empíricos que he podido exponer con anterioridad, se trató más bien de un esfuerzo para producir un espacio libre de mujeres y acorde con la necesidad masculina tácita o asumida planteada por los actores involucrados en el proceso de creación de las Clínicas.

Curiosamente, algunas citas reproducidas por la autora, aunque por sí mismas no hablan de la distinción público/privado —y, por el contrario, pueden interpretarse a la luz de la necesidad masculina tácita o asumida—, terminaron subordinadas a la interpretación general que ella ofrece. Por ejemplo, una de esas citas retoma las palabras de Efraín Patiño en un documento de la AVSC de la siguiente forma:

> Los espacios separados para los hombres son citados por miembros del personal de Profamilia como cruciales para atraer a los hombres a la clínica. En palabras de Efrain Pratino [sic], un consejero de la clínica en Bogotá: "el primer mes que abrimos la clínica hicimos 100 vasectomías. Vimos que funcionó, [y] funcionó porque los hombres tenían un espacio separado. Antes de eso, un hombre llegaba a una clínica de Profamilia y encontraba 35 mujeres esperando en la sala de espera, *y todas lo miraban*. Con la clínica para hombres, ahora tenemos una entrada separada para él, *y fue más fácil*" (Oudshoorn, 2003b, p. 152).

Unidas que hacen mención al mismo hecho. Sin embargo, se trata de documentos que no están publicados y no son accesibles. Por eso no pude comprobar con absoluta certeza si allí se aclaraba la participación de la AVSC.

[92] Como vimos, ella también cita esta fuente para dar cuenta de su conocimiento sobre el machismo colombiano.

E insiste: "Profamilia fue motivada para abrir clínicas masculinas *debido a que los visitantes masculinos de sus clínicas se sentían "intimidados e incómodos entrando a salas de espera llenas de mujeres"*." (Oudshoorn, 2003b, p. 261)[93].

Es clara la representación sobre la incomodidad que tendrían los hombres si comparten un mismo espacio con las mujeres, aunque no en términos de una distinción público/privado. Curiosamente, ponen de presente un asunto que Oudshoorn identifica solo para el caso de la Clínica en Nueva York: "asignar un espacio para los hombres no es simplemente un asunto logístico. Involucra una reconsideración cuidadosa acerca de cómo los hombres y las mujeres pueden compartir un espacio en una cultura con actitudes y normas de género acerca de la sexualidad" (Oudshoorn, 2003b, p. 143). Es decir, la asignación de un espacio para los hombres implica una reconsideración sobre las implicaciones que tendría para ellos compartir un mismo espacio con las mujeres al hablar de su sexualidad. En términos de los hallazgos empíricos expuestos hasta ahora, se trata de la consideración tácita o asumida sobre unas necesidades masculinas particulares. De esta forma, la distinción público/privado queda en un segundo plano —si acaso— para interpretar y comprender las Clínicas para el Hombre.

Por otro lado, recordemos que esa distinción no era lo único que caracteriza al machismo colombiano según la autora. También incluye una valoración desigual de la sexualidad y reproducción masculinas y femeninas[94]. Con esta característica también interpreta el caso colombiano:

> Establecer clínicas masculinas en una cultura en la que la virilidad del hombre ha sido medida, durante siglos, por el número de sus hijos, plantea limitaciones específicas para manejar estas clínicas. ¿Qué estrategias usan los proveedores de servicios para atraer a los hombres a la esfera privada y tradicionalmente femenina de la clínica de planificación familiar? (Oudshoorn, 2003b, p. 151).

Una de esas estrategias consistió en reclutar hombres mediante campañas de radio y televisión (Oudshoorn, 2003b, p. 151). La autora retoma las palabras de un urólogo (Jaime Pérez) que trabajó

---

[93] Las comillas son originales.

[94] Como pudo leerse, se afirma que "mientras a los hombres se les permite y se espera que tengan numerosas parejas sexuales y que tengan hijos con más de una mujer, de las mujeres se espera que practiquen la fidelidad sexual y reproductiva" (Oudshoorn, 2003b, p. 150).

en la clínica, quien afirma que "en sus campañas de publicidad Profamilia ha promovido la imagen de que sus clínicas son espacios para hombres" (Oudshoorn, 2003b, p. 152).

Sin embargo, el contenido particular de la publicidad —al menos de un comercial televisivo al que tengo acceso— sí se contrapone a la segunda característica del machismo colombiano (hombres que tienen muchas parejas e hijos) planteada por Oudshoorn. El comercial televisivo —como veremos— no conecta la virilidad con el hecho de tener muchos hijos de distintas parejas y, por el contrario, promueve una imagen masculina de la clínica que es distinta a la planteada por la autora. En contraposición a la interpretación general que ella ofrece, la publicidad televisiva de la Clínica para el Hombre sí sería incompatible —entraría en tensión— con la segunda característica que ella plantea sobre el machismo en Colombia. Antes de continuar, permítame ofrecer una descripción de esa publicidad (Sanabria, 1988):

Con una duración de 30 segundos, la publicidad diseñada y producida por Álvaro Sanabria mediante una técnica de animación, nos muestra únicamente el plano de una mano masculina realizando distintas actividades (por ejemplo, ajustándose una corbata, conduciendo o firmando documentos) hasta que, al final, la mano sostiene y contiene a una familia compuesta por una esposa y tres hijos/as —esta imagen final aparece rodeada del siguiente texto: Clínica para el Hombre. Profamilia—. Esta publicidad está acompañada de la siguiente narración: "esta es la mano de un hombre como usted. Día a día usted trabaja por el sostén y futuro de su familia. Pero ¿cuántos hijos cree usted que puede sostener? ¡Planifique! Clínica para el Hombre" (Sanabria, 1988)[95].

Aunque se trate de un asunto relativo a promoción y publicidad —que no es el énfasis de esta investigación—, tener en consideración este nuevo elemento de análisis contribuye a refutar la interpretación ofrecida por Oudshoorn. Al tratarse de una publicidad que invita a los hombres a considerar sus posibilidades económicas para mantener a su familia, exige de ellos que limiten (o planifiquen) el número de hijos que podrían llegar a tener. Por lo tanto, en vez de articular la virilidad con el hecho de tener numerosos hijos (característica del machismo según Oudshoorn), la publicidad de la Clínica para el Hombre les invita a limitar ese número y, de esa forma, les permitiría cumplir

[95] Señal Memoria (Sistema de Medios Públicos, RTVC) me cobraba por la copia y reproducción del contenido que me permitieron únicamente consultar. Por esa razón, me es imposible compartir el comercial (por ejemplo, mediante un enlace de Google Drive).

con una exigencia masculina distinta: sostener y proveer económicamente su hogar[96]. Básicamente, la imagen de la clínica se contrapone a la segunda característica planteada por Oudshoorn sobre el machismo colombiano.

2.2.9 Producción y (re)producción de las Clínicas para el Hombre y de una necesidad masculina

Retomando el argumento que antecedió a la discusión sobre la interpretación de Oudshoorn, había planteado que la provisión *inicial* de los servicios ofrecidos en la Clínica para el Hombre de Bogotá no sólo respondió a la necesidad masculina asumida por aquellas personas que impulsaron ese proyecto sino que, además, produjo un nuevo escenario en el que *los visitantes no podían sino aceptar* que hablarían de sus problemas de salud sexual y reproductiva en un espacio libre de mujeres. Precisamente esto ocurrió porque, inicialmente, eran únicamente hombres los que ofrecían el servicio y los que se encontraban en las salas de espera. Es decir, la necesidad asumida que produjo la Clínica de Bogotá —y, sin duda, las demás clínicas de Profamilia de ese tipo— se incorporó a la infraestructura y la prestación de los servicios ofrecidos, de forma que en sus prácticas cotidianas esa misma necesidad se (re)producía en la atención a sus visitantes: sobre todo al inicio del ofrecimiento de los servicios, los hombres expresaban sus dudas sobre asuntos de salud sexual y reproductiva en un espacio libre de mujeres. En todo caso, siempre se intentó —en mayor o menor medida— que los espacios estuvieran libres de ellas. Podríamos decir que la necesidad masculina asumida se convirtió en la oferta masculina proyectada. Así, se producen y (re)producen las Clínicas para el Hombre y una necesidad masculina particular (como conocimiento y práctica).

En línea con lo anterior, no deja de ser llamativo que se presentaran resultados distintos en las evaluaciones que se hicieron sobre las opiniones de los hombres —respecto al género de quienes ocupaban los espacios de las clínicas o prestaban los servicios de salud sexual y reproductiva[97]. Las

[96] Esta exigencia no parece ser novedosa para la época. Por ejemplo, uno de los hombres del documento audiovisual de los años 70 planteaba lo mismo: "esto lo haríamos [hacerse la vasectomía] los hombres responsables, ¿no? Y que queremos estabilizar un hogar en buenas condiciones" (Stuart, 1971). Además, en un contexto más amplio y desde los años 60, Acción Cultural Popular (ACPO) y Radio Sutatenza llevaron a cabo una Campaña de Procreación Responsable que involucraba a los hombres en la planificación (Lopera López, 2016).

[97] Una mención inicial sobre este asunto la plantee en la nota 84. Dado que es importante para esta discusión, vale la pena recordar que la mayoría de las Clínicas para el Hombre duraron sólo hasta 1994 (exceptuando las de Bogotá y Medellín, cuyo periodo de vigencia se extendió). Aunque no he podido establecer una fecha exacta de la disolución de esas dos

evaluaciones realizadas durante el periodo de vigencia de las Clínicas para el Hombre (1985-1994/1998) reportaron que "los hombres preferían ser atendidos por hombres" (Barker, 1998, p. 41) —en el caso de Bogotá— y que los usuarios de las clínicas con espacios/horarios diferenciados preferían, con mayor probabilidad, que las salas de espera fueran ocupadas únicamente por hombres —en comparación con la misma preferencia expresada por los usuarios de las otras modalidades de clínica—. Es decir, un tercio de los hombres del primer grupo de clínicas, preferían que las salas de espera fueran ocupadas únicamente por hombres y, en un porcentaje menor (19%), esa misma preferencia se presentaba entre los hombres que eran usuarios de las otras modalidades de clínica (Vernon et al., 1991, p. 57)[98]. Por el contrario, las evaluaciones que se hicieron después del periodo de vigencia de las Clínicas para el Hombre (después de 1994/1998) reportan que los hombres eran indiferentes respecto al género de quienes los atendían (AVSC International et al., 2000, p. 105; AVSC International & Fundación CIMDER, 2000, p. 4). En síntesis, durante la vigencia de las Clínicas era más probable que los usuarios prefirieran que otros hombres los atendieran o que los hombres fueran los únicos ocupantes de las salas de espera, a diferencia de lo que ocurrió después de ese mismo periodo. Así, la necesidad masculina asumida por los actores involucrados en la creación de las Clínicas parece ser corroborada por los mismos hombres-usuarios, aunque fundamentalmente por aquellos que ocupaban los espacios que fueron construidos y diseñados a partir de esa misma necesidad. Dicho de otra forma, la necesidad masculina de contar con espacios libres de mujeres para expresar dudas y problemas sobre asuntos sexuales y reproductivos —lo que implicó, inicialmente, prestadores de servicios únicamente masculinos y salas de espera ocupadas únicamente por hombres— es expresada por unos hombres muy particulares: los usuarios de las clínicas que se diseñaron y se crearon a partir de esa misma necesidad y que, precisamente por eso,

---

Clínicas, está claro que para 1998 seguía funcionando la primera. Por ejemplo, la uróloga Diana Torres —que ha trabajado en Profamilia-Bogotá desde 1998 hasta el día de hoy— me confirma que en ese año el cartel de la Clínica seguía existiendo, aunque la distribución del espacio ya no era como la hemos descrito (ENT/DT/2).

[98] Se trata de una investigación que evaluó la prestación del servicio de vasectomía en tres modalidades de clínicas. La primera modalidad consistía en clínicas que ofrecían el servicio en espacios u horarios diferenciados (Pereira y Pasto, respectivamente). La segunda ofrecía el servicio en horarios compartidos (Manizales e Ibagué). Y la tercera también ofrecía el servicio en horarios compartidos pero, a diferencia de las anteriores, no ofrecía servicios de salud sexual y reproductiva adicionales para hombres ni hacía uso de publicidad para promocionar la vasectomía (Neiva y Bucaramanga). Sobre las evaluaciones, me permito aclarar: la preferencia de que las salas de espera estuvieran ocupadas únicamente por hombres se presentaba, con mayor probabilidad, entre los usuarios de la primera modalidad que entre aquellos usuarios de las demás modalidades.

habitaban un espacio libre de mujeres —en mayor o menor medida—. Así, las Clínicas para el Hombre y una necesidad masculina particular (como conocimiento y práctica) se producen y (re)producen a lo largo del proceso.

Además, algunos materiales audiovisuales (re)produjeron la exigencia de ser proveedores económicos del hogar y la incomodidad, en términos generales, que tendrían los hombres para expresar sus problemas de salud sexual y reproductiva. Sobre el primer caso, aparte de la publicidad televisiva de la Clínica para el Hombre, el video *Hombre, ¡es con usted!* (AVSC, 1992) —producido por la AVSC— planteaba esa misma exigencia. El video en cuestión se divide en dos partes: "No más riesgos" y "Vasectomía, ¿yo?". En la segunda parte se dramatiza un diálogo entre dos hombres que trabajan en un taller de mecánica y son amigos. Uno de ellos, preocupado porque su esposa quedó nuevamente en embarazo, habla con su amigo, quien le plantea la opción de realizarse una vasectomía. Mientras reciben su salario, el amigo del hombre preocupado le dice: "después le va a alcanzar más la plata. Planificar es economizar" (AVSC, 1992). De esta forma, el amigo planteaba que la vasectomía constituía —entre otras ventajas— una garantía frente a la incertidumbre económica que representaría tener un nuevo hijo. Así, se hacía énfasis en la preocupación y exigencia masculina de proveer y sostener económicamente su hogar.

Aunque parece ser que el video fue usado en algunas salas de espera en clínicas de planificación familiar[99], lo que es particularmente relevante de este caso es que el video era uno de los materiales necesarios para realizar capacitaciones en consejería de planificación familiar. Esto puede comprobarse en un manual de capacitación para consejería: "elementos […] para realizar una capacitación […] video Hombre ¡es con usted!" (AVSC International, 1995a, p. 8). De esta forma, presentar la vasectomía como una garantía frente a la incertidumbre económica que representaría tener más hijos y, de esta forma, hacer énfasis en la preocupación y exigencia masculina de proveer y sostener económicamente su hogar, se incorporó en la capacitación de aquellas personas que se

[99] Pío Iván Gómez me comentó que la AVSC apoyó la producción de unos videos que se proyectaban en las salas de espera. Entre esos vídeos, como tengo anotado, me comenta sobre un sketch de unos mecánicos que hablan de la vasectomía (ENT/PIG). Es altamente probable que se tratara del mismo video. En todo caso, es probable que esa proyección se realizara en clínicas públicas y no privadas (como las de Profamilia).

desempeñarían como consejeros/as anticonceptivos y que, por lo tanto, atenderían a los usuarios que visitaran las clínicas[100].

Finalmente, respecto al segundo caso, el video titulado *Cosas de hombres* (Bright, 1990)[101] (re)produce la incomodidad que, en términos generales, tendrían los hombres para expresar sus problemas de salud sexual y reproductiva. Producido por Sara Bright y Álvaro Sanabria, apoyado por la AVSC, el video consiste en una dramatización de tres hombres (dos de ellos acompañados por su pareja) que asisten a la Clínica para el Hombre de Bogotá. El primero de ellos (sin pareja), quien observa un cartel ubicado en la fachada de la Clínica —la cámara enfoca uno de los servicios ofrecidos: «sexología»— decide entrar, luego de mostrarse claramente apenado e inseguro. Frente a la recepcionista, en voz baja y cerca de ella, solicita el servicio de sexología. Ella repite la solicitud del hombre en voz alta —haciéndolo incomodar aún más—. Luego, ubicado en la sala de espera —que está ocupada únicamente por hombres vestidos de traje, salvo una mujer: pareja de uno de los hombres de la dramatización—, es llamado por una enfermera o asistente para que se dirija al consultorio en el que lo atenderán.

Aunque la historia continúa, ese primer fragmento del video muestra a un hombre apenado e incómodo al decidir asistir a una clínica y solicitar una consulta sobre problemas de salud sexual y reproductiva. Una vez entra al consultorio sabemos la razón de su visita: tiene problemas para lograr una erección. Además, el fragmento también muestra la incomodidad que podría causarles una mujer que los atiende y, por contraste, la tranquilidad que tendrían al estar en una sala de espera ocupada casi exclusivamente por hombres. Es particularmente llamativo que una cita mencionada con anterioridad parece describir ese fragmento:

> Es difícil imaginar cómo un hombre podría llegar a una nueva y extraña clínica, y decirle a la recepcionista que ha venido porque tiene problemas de erección o porque piensa que tiene sífilis.

[100] Efraín Patiño me comenta que, efectivamente, la AVSC les ofreció capacitación. Entre los temas tratados se encontraba la "comunicación no verbal" que, precisamente, es un asunto que trata el manual anteriormente citado (AVSC International, 1995a, p. iv).

[101] Incluido en una recopilación titulada *Promocionando la salud. Películas educativas* que se encuentra en la Biblioteca Luis Ángel Arango.

> Comprensiblemente, muchos hombres decían que querían un examen físico; la preocupación verdadera sólo salía a la luz durante el examen (Rogow et al., 1991, p. 16).

De esta forma, la necesidad masculina asumida —aunque aquí aparece en términos generales— que inspira la creación de las Clínicas para el Hombre se (re)produce en una dramatización que, por sí misma, le comunica a quienes hayan podido verla un solo panorama: un hombre se sentiría incómodo al solicitar servicios de salud sexual y reproductiva masculina y tendría un momento inicial de tranquilidad al encontrarse en una sala de espera ocupada casi exclusivamente por hombres. Así, las prácticas y discursos de la Clínica para el Hombre (en este caso mediante una representación audiovisual de sus servicios) y una necesidad masculina particular (como conocimiento y práctica dramatizada) se producen y (re)producen[102].

Para resumir, la creación de las Clínicas para el Hombre es un proceso continuo que (re)produce su propia lógica: los hombres —en términos prácticos— hablan sobre sus problemas de salud sexual y reproductiva sin que haya mujeres alrededor. Ellos demandan que quienes los atiendan u ocupen las salas de espera sean únicamente hombres —al fin y al cabo, está claro que se sentirían incómodos solicitándole servicios a una recepcionista, aunque podrían tranquilizarse si cuentan con una sala de espera masculina—. Además, se preocuparán por sostener/proveer económicamente a sus familias, como bien lo saben quienes se capacitan en asesoría anticonceptiva. Así, las necesidades o demandas masculinas que inspiran la Clínica para el Hombre también constituyen la oferta masculina que se provee mediante la organización de los espacios y los servicios de la Clínica. Las necesidades o demandas se incorporan en los edificios, los cuerpos y las preferencias de todo el espacio físico y social.

[102] La exigencia del hombre como proveedor económico del hogar vuelve a aparecer en este último video: otro hombre (quien asiste con su pareja) —mientras espera su llamado para realizarse una vasectomía— lee en un folleto lo siguiente: “un hombre de verdad no riega hijos por el mundo” (Bright, 1990).

Ilustración 2. Fachada de la Clínica para el Hombre, Profamilia-Bogotá.

Fuente: (Profamilia, 1986)

Ilustración 3. Fachada de la Clínica para el Hombre, Profamilia-Medellín.

Fuente: (Profamilia, 1987)

2.3 Conclusiones

Primero. La provisión de servicios de vasectomía durante los años 70 por parte de Profamilia no solo estaba inspirada en una representación particular sobre la masculinidad sino que, a su vez, constituyó un espacio en el que era posible que los hombres vasectomizados pusieran en práctica o ejercitaran esa misma representación. Inicialmente, el establecimiento de las entrevistas y los espacios posteriores al procedimiento quirúrgico tiene como sustento inmediato las preocupaciones psicológicas reportadas en la literatura médica de aquel entonces, sin embargo, cuando se considera en detalle esa preocupación y, particularmente, la interpretación que se ofrecía sobre unos resultados aparentemente contradictorios, una comprensión particular sobre la masculinidad es articulada en la argumentación de los actores involucrados. Aunque esta comprensión recoge varios elementos, en particular, afirmaba que existe un contexto cultural que exige a los hombres un comportamiento específico (entre otros): mostrarse seguros de las decisiones que toman y, con ello, mostrarse seguros de sí mismos.

Esa comprensión particular de la masculinidad es fundamental para entender la provisión del servicio ofrecida por Profamilia. Sin ella, no se entendería por qué se presentan efectos psicológicos adversos, por qué se presentan resultados aparentemente contradictorios, cómo es posible atenuar los efectos adversos gracias al acompañamiento prolongado del personal médico y, finalmente, qué sentido tenía establecer una serie de entrevistas como parte de los requisitos para ser candidato a la operación. Los argumentos médicos y psicológicos son indisociables de aquella comprensión sobre la masculinidad. Adicionalmente, una vez creada la provisión del servicio (que incluye las entrevistas y algunos espacios posteriores a la cirugía), los hombres vasectomizados contaban con distintos espacios en donde tenían la posibilidad de asegurarse de la decisión que tomaron. Es decir, la misma provisión del servicio constituía un espacio en el que ellos podían ejercitar o practicar aquella característica que les era demandada culturalmente. Así, la representación sobre la masculinidad no solo es causa del establecimiento de unos requisitos ya que, una vez creados e implementados, esa representación también se convierte en un producto de la misma provisión del servicio. La representación sobre la masculinidad no solo constituye un antecedente o "pasado" de los requisitos; los requisitos mismos constituyen un espacio en el que esa representación se vuelve a traer de "presente", es decir, se re-presenta una masculinidad particular.

Segundo. La historia de las Clínicas para el Hombre de Profamilia tiene un periodo de, al menos, 10 años (1985-1994/1998). Sin embargo, no se había escrito una historia pormenorizada sobre ese

proceso. Eso exigía recurrir a la memoria de los actores involucrados y a anotaciones dispersas en varios documentos. Sin duda, al inicio del capítulo, se puede percibir un tono más descriptivo y cargado de anotaciones empíricas. Aún así, es posible reconstruir un proceso histórico y, fundamentalmente, mostrar la lógica subyacente a la creación de las Clínicas. Esto último hace parte del objetivo de ese apartado.

La creación de las Clínicas para el Hombre de Profamilia, como una forma de proveer servicios de salud sexual y reproductiva masculinas (sobre todo, vasectomías), se sustenta en una representación particular sobre el comportamiento de los hombres. Es una representación sobre una necesidad particular que tendrían los hombres. Según los actores involucrados, la representación y necesidad consistía en lo siguiente: los hombres tienen grandes dificultades para expresar sus problemas o preocupaciones en asuntos relacionados con su salud sexual y reproductiva si se encuentran presentes mujeres. Por lo tanto, para que ellos pudieran expresarse (y atender una clínica que ofreciera esos servicios), se crearon espacios físicos (y, en otros casos, horarios diferenciados) que evitaban la presencia de mujeres. Particularmente, al iniciar el ofrecimiento de estos servicios en la Clínica de Bogotá, se buscó que los proveedores del servicio y los visitantes fueran exclusivamente hombres. Adicionalmente, el capítulo muestra que esa representación particular, aunque aparece de forma recurrente en el recuento de los actores involucrados, prácticamente nunca está acompañada de una razón que la justifique. Es decir, se trata de una afirmación asumida sobre el comportamiento masculino. En todo caso, a partir de esa representación se edifican unas Clínicas (y una provisión del servicio) particulares.

Ahora bien, esa representación no funciona únicamente como base de creación de las Clínicas. La representación no solo se incorpora en una infraestructura sino que, a su vez, se incorpora en los deseos y necesidades de los usuarios. La base *concreta* de la Clínica se concretiza en los hombres. Precisamente, es llamativo que los mismos hombres (usuarios de las Clínicas durante su periodo de vigencia) expresaran como un asunto y deseo propios aquella representación que fue articulada y expresada por quienes decidieron crear las Clínicas. Esto lo sabemos por las evaluaciones que realizó Profamilia sobre la presentación del servicio por aquella época (lo que, a su vez, demuestra el interés que tenía la institución por saber la opinión que tendrían los hombres sobre el género de las personas que ocupaban el espacio). En otras palabras, los hombres que circulaban y habitaban un espacio creado a partir de una necesidad asumida terminaron por incorporar en ellos mismos esa necesidad. Así, los cuerpos que circulan en ese espacio expresan, concretizan y sostienen la representación que, al principio, sostuvo e impulsó el proyecto de creación de las Clínicas.

Tercero. Como hemos visto en los dos periodos abordados en este capítulo, las representaciones sobre la masculinidad no aparecen únicamente como causas de los procesos descritos. Una vez los procesos se despliegan, existe una oportunidad para que esas representaciones vuelvan a aparecer. No se quedan en el olvido, en el "pasado", como antecedentes de los procesos, sino que aparecen nuevamente, se re-presentan, tienen una nueva expresión en el "presente". Por eso no basta con afirmar que los procesos se producen, sino que se insiste en su reiteración cotidiana como condición de su existencia y, así, se ha insistido en este capítulo en la (re)producción del fenómeno. Mi insistencia es también la insistencia del proceso, sin lo cual dejaría de existir. Sin embargo, dependiendo de los años en que nos fijemos, cierta representación sobre la masculinidad parece existir antes de la creación de algo nuevo (unas entrevistas-requisitos o unas Clínicas). Es por eso que las representaciones sí anteceden ciertos procesos novedosos y, como lo he afirmado, constituyeron una inspiración para su creación. Sin embargo, si nos movemos temporalmente hacia adelante y nos fijamos en años posteriores, lo nuevo (las entrevistas-requisitos o las Clínicas) ya ha sido creado y, en esos mismos espacios, la representación aparece (re-aparece) de una nueva forma (por ejemplo, expresada en la voz del testimonio de un hombre-usuario en un documento audiovisual o en la opinión de los usuarios de las Clínicas). En este punto, se produce la impresión de que la provisión del servicio es causa de las representaciones expresadas por los usuarios.

En todo caso, los límites entre causas y efectos son difusos. No es factible establecer una delimitación clara entre unos y otros. Sin embargo, no todos los elementos (representaciones o provisión del servicio) ocurren al mismo tiempo ni siempre con la misma temporalidad. Considero que esa es la imagen que usualmente se transmite cuando hablamos de «coproducción». En realidad, podríamos imaginar los procesos como si se tratara de líneas paralelas que, sin embargo, no comienzan ni finalizan todas en los mismos puntos/momentos temporales. Las representaciones podrán tener un origen anterior que, al ser traídas a colación por ciertos actores, funcionan como justificación de sus prácticas de provisión del servicio. En ese proceso, las prácticas (que terminan siendo institucionalizadas y, por lo tanto, adquieren cierta independencia respecto a sus creadores) terminan constituyendo un lugar en el que las representaciones pueden seguir realizándose (aunque ocurren con una modificación: ahora se encuentran "en boca" de los usuarios). En otras palabras, la trayectoria de una representación puede entrar en un campo de acción particular debido a la incorporación producida por los actores allí involucrados. En ese momento, se pueden originar nuevos procesos (aunque nunca se trate de algo absolutamente original). Esa condensación de relaciones produce un fenómeno particular: la manera específica en que Profamilia proveyó los

servicios de vasectomías o, digamos, unas vasectomías masculinizadas. En ese espacio, la trayectoria de la representación tiene una nueva expresión: los mismos usuarios del servicio son los que, ahora, la manifiestan como una característica que los define. Sin embargo, esa condensación de relaciones es contingente y, por lo tanto, lo que fue creado puede finalizar (las Clínicas o las entrevistas-requisitos ya no existen) y, además, las representaciones pueden seguir una trayectoria de uso en otros campos de acción (aunque ahora se podrá decir de ellas que fueron usadas en la provisión de servicios de vasectomías, es decir, podrán ser definidas mediante una característica que antes no les pertenecía y, así, usadas de otra forma). Dado que no siempre es posible establecer el origen o finalización de ciertos procesos (como cuando se sigue el hilo de un ovillo buscando su principio y final sin desbaratar todo el conjunto), en este capítulo he decidido hacer énfasis en la reiteración (más que en la acotación de los contornos temporales de un fenómeno) y, por lo tanto, consideré necesario describir ciertos momentos como la (re)producción del fenómeno.

3. Diálogo Teórico-Metodológico

En el Estado del Arte (primer capítulo) se realizó un balance de las investigaciones haciendo énfasis en los hallazgos empíricos que sustentaban sus afirmaciones. Por lo tanto, aunque se hacen algunas menciones, no se presentó un balance teórico-metodológico. En este capítulo espero ofrecer, en primer lugar y de forma sucinta, dicho balance. Para ser más preciso, busco hacer explícitas las consecuencias teórico-metodológicas que se pueden derivar del conjunto de esa literatura (y, así, mostrar algunas inspiraciones para la realización de esta tesis). Como podrá leerse, la mayoría de los apartados que compone este capítulo comienzan con dicho balance. Sin embargo, ese primer ejercicio solo busca ofrecer un panorama inicial de la discusión teórico-metodológica vigente para, inmediatamente después, ser puesta en discusión con mi capítulo empírico (segundo capítulo). Es decir, una vez se han hecho algunas claridades y críticas sobre la literatura del primer capítulo, ofrezco una discusión teórico-metodológica en relación con mis hallazgos empíricos.

El propósito de este último capítulo es ofrecer un diálogo teórico-metodológico entre todos los elementos que han sido abordados a lo largo de esta tesis. En algunos casos, incluiré fuentes adicionales y pertinentes para la discusión. Además, acompañado de ese diálogo, intento ofrecer aportes adicionales al objeto central de mi indagación, por ejemplo, mediante la propuesta de alguna definición teórica (sobre la masculinidad como representación) o por medio de una reflexión metodológica (sobre la pertinencia y crítica de la descripción). A diferencia de los anteriores capítulos, espero que mi propia voz se vea resaltada aquí con más fuerza. Muchas de las claridades teórico-metodológicas que aquí expongo, aunque usualmente se espera que aparezcan antes de la realización del capítulo empírico, solo adquirieron sentido al final del recorrido investigativo. Es decir, aunque existían intuiciones iniciales, la exposición sistemática que aquí desarrollo solo se aclaró al final. Por lo tanto, en vez de ubicar la discusión antes (como se esperaría en el formato usual —y retrospectivo— con el que suelen escribirse las tesis), desarrollo esta reflexión al final del recorrido.

⁂

En la inmensa mayoría de las investigaciones que conforman la primera parte del primer capítulo, que estudian el proceso decisional mediante el cual los hombres (y/o las parejas) consideran la vasectomía como su opción anticonceptiva —y, en general, que abordan las experiencias que atraviesan esas personas durante ese proceso—, es posible identificar un concepto compartido: la identidad de género. Mediante ese concepto comprenden la(s) masculinidad(es) involucrada(s) en el proceso. Mara Viveros (2002a) es quien ofrece la mejor claridad teórica al respecto y, aunque no siempre las distintas investigaciones hacen mención explícita a ese concepto, es posible considerar que comparten y hacen uso de la definición planteada por ella.

La autora parte por considerar que "la identidad […] es [una] fuente de sentido para los propios actores y es construida por ellos mismos mediante un proceso de individualización y *autorreflexión*"[103] (Viveros Vigoya, 2002a, p. 121). Específicamente, la "identidad masculina" no se concibe como algo dado, sino que constituye un proceso de negociación permanente que se desarrolla a lo largo de la vida. En ese proceso intervienen los juicios de los "otros significativos" (familiares, amigos, etc.) y "las *propias orientaciones y autodefiniciones*" (Viveros Vigoya, 2002a, p. 122). En otras palabras,

> la identidad masculina es […] una dinámica que se construye permanentemente —e incluye tensiones y simultaneidades— a través de la experiencia individual, es decir, a través del individuo como agente constructor. […] La masculinidad es una construcción cotidiana que se va significando y resignificando constantemente en función de la trama de relaciones que se establecen *consigo mismo*, con los otros y con la sociedad (Viveros Vigoya, 2002a, p. 122).

Partiendo de la anterior definición, se puede considerar que la inmensa mayoría de las investigaciones de la primera parte del primer capítulo comprenden la masculinidad como un proceso de construcción autorreflexivo, aunque no autorreferencial[104], de la identidad de género de un sujeto.

---

[103] Los énfasis en cursiva de las citas incluidas en este capítulo son añadidos, a menos que se indique lo contrario.

[104] Es decir, que las "fuentes" del proceso no se hallan única y exclusivamente en el sujeto considerado —por eso Mara Viveros menciona a los "otros significativos"—, aunque en ese proceso es fundamental la práctica reflexiva del sujeto sobre sí mismo.

Este sujeto es asumido como un hombre, dado que el procedimiento quirúrgico modifica estructuras anatómicas que se asocian inmediatamente a ese sexo/género[105]. En este proceso de tensiones y negociaciones, los hombres definen —para sí mismos y en relación con otros/as— su reconocimiento e identificación como sujetos masculinos. En muchas de las investigaciones esta comprensión está acompañada por el concepto de masculinidades hegemónicas y, en otros casos —como ocurre pocas veces en la segunda parte del primer capítulo—, por el concepto de performatividad de género[106]. Además, la investigación sobre masculinidades en Colombia, en términos generales, sigue reflexionando en torno a la identidad de género (La Furcia, 2016) y algunas aproximaciones que abordan las relaciones entre masculinidad y ciencia se preocupan, fundamentalmente, por la identidad de género de quienes producen el conocimiento científico (Milam & Nye, 2015). Es decir, constituye el abordaje teórico usual de las investigaciones que se encuentran relacionadas temáticamente con esta tesis.

La definición sobre la identidad de género (y sobre la masculinidad) planteada por Mara Viveros implica, metodológicamente, la necesidad de explorar los procesos autorreflexivos de los hombres. Es por eso que, en muchas investigaciones, la realización de entrevistas (en algunos casos con enfoque biográfico) fue fundamental para entender cómo ellos asimilan, negocian o rechazan las definiciones sobre la masculinidad que circulan en sus respectivos contextos y que los exceden como individuos. En otras palabras, si no es posible explorar los procesos autorreflexivos de los hombres, no es posible entender la masculinidad como identidad de género[107].

---

[105] La modificación corporal y biológica que ocurre con la realización de una vasectomía merece ser estudiada desde una perspectiva histórica. Aunque contemporáneamente podríamos afirmar que esa operación no pone en juego la definición de «hombre» o «macho humano» —ya que no modifica anatómicamente aquello que se concibe como propiamente central de esa definición: el pene, los testículos o lo hormonal—, sólo una investigación histórica nos podría ofrecer elementos para evaluar si nuestra presunción contemporánea era compartida (o no) por otros actores en otra época. Uno podría preguntarse: en todo momento histórico, ¿son «hombres» los sujetos sobre los cuales se realizaba esa operación? ¿Siempre el sujeto resultante de esa operación era un «hombre»?

[106] Aquí hago alusión, sobre todo, al texto de Charis Thompson (2005), quien investiga etnográficamente el desempeño de hombres (y de sus parejas) como pacientes en clínicas de tratamiento de infertilidad.

[107] Me refiero a los «hombres» dado que las investigaciones consideradas en el primer capítulo se centran en ese sujeto. Sin embargo, una aproximación teórica general —y probablemente más pertinente en otras circunstancias— ha planteado la posibilidad de estudiar la masculinidad también en mujeres (al respecto, pueden verse los aportes de Judith Halberstam).

Esta reflexión teórico-metodológica me permite plantear un reparo a las contribuciones de Nelly Oudshoorn. Algunos de sus artículos (Oudshoorn, 2003a) o capítulos de libro (Oudshoorn, 2003b) hacen referencia explícita a la identidad de género y pretenden ofrecer una comprensión al respecto, sin embargo, la autora nunca entrevista a los hombres involucrados en las pruebas clínicas y, por lo tanto, no cuenta con información directa del proceso autorreflexivo de ellos. Es importante aclarar que no se debe a un simple descuido por parte de la autora. Ella misma afirma que su "plan original de entrevistar a los hombres participantes de las pruebas falló debido a que los investigadores mostraron reparos para facilitar los contactos con estos hombres porque suponían que habría una interferencia negativa en su propia investigación" (Oudshoorn, 2003b, p. 263). Sin embargo, a pesar de ese obstáculo metodológico, muchos de sus hallazgos son planteados como muestra de la identidad de género de los hombres participantes en las pruebas clínicas.

Además, este asunto tiene repercusiones en otra discusión teórica que ofrece la autora. Oudshoorn se inspira en algunos planteamientos del enfoque de la Construcción Social de la Tecnología (SCOT, por sus siglas en inglés), particularmente, la importancia de tener en cuenta a los usuarios en las fases de producción e innovación —y no sólo consumo— de la tecnología[108]. Sin embargo, en su investigación, la importancia de los usuarios tiene una connotación particular: importan en la medida en que son tenidos en cuenta en las prácticas, recuentos y preocupaciones de los investigadores que desarrollaban los métodos anticonceptivos masculinos. En su investigación, los usuarios importan en la medida en que son objeto de preocupación de los investigadores, más que por el recuento que ellos mismos harían de su participación en las pruebas clínicas[109].

En síntesis, debido al obstáculo metodológico que enfrentó la autora, es difícil considerar que nos pueda mostrar el proceso autorreflexivo de los hombres involucrados en las pruebas clínicas y, por lo tanto, sus hallazgos tienen una limitación fundamental para poder dar cuenta de la identidad de

[108] La autora ofrece una discusión entre dos perspectivas teóricas —SCOT y la Teoría del Actor-Red (ANT, por sus siglas en inglés)— en la nota 14 del primer capítulo (Oudshoorn, 2003b, pp. 244-245). Su investigación también está inspirada por el enfoque semiótico de la construcción de usuarios (a partir de la propuesta de Madeleine Akrich) y, específicamente, por la definición de "guión de género" (gender script).

[109] Si bien la autora hace uso de "reportes publicados y sin publicar de las entrevistas realizadas a los hombres participantes de las pruebas clínicas" (Oudshoorn, 2003b, p. 263), ella reconoce que "confiar en información secundaria tiene algunas desventajas" (Oudshoorn, 2003b, p. 263). Básicamente, sólo pudo contar con información indirecta (producida por los mismos investigadores) sobre los recuentos ofrecidos por los hombres participantes.

género de los usuarios. Esto no quiere decir, en todo caso, que sus aportes sean nulos en ese sentido. Dado que la identidad de género involucra a los "otros significativos", la autora muestra con claridad cuáles fueron las definiciones o representaciones sobre la masculinidad articuladas por los investigadores que desarrollaban métodos anticonceptivos y, de esa forma, explora un aspecto clave en la producción de la identidad de género de los hombres que participaron en las pruebas clínicas. Finalmente, dada la misma dificultad metodológica, los usuarios (y su importancia) fueron abordados desde la perspectiva de los investigadores, quedando por explorar los recuentos que los mismos usuarios harían sobre su participación.

En consonancia con la anterior discusión, esta tesis —y, particularmente, el segundo capítulo— no aborda la masculinidad fundamentalmente como una identidad de género. Sin embargo, similar a lo ocurrido en la investigación de Oudshoorn, el segundo capítulo puede ofrecer algunos aportes para la comprensión de ese asunto.

El documento audiovisual de los años 70 de Profamilia es la fuente más cercana —aunque mediada o indirecta— del recuento de los propios hombres vasectomizados en aquella época. Por lo tanto, si quisiera dar cuenta del proceso autorreflexivo de ellos, esa fuente —dentro de las consultadas— sería la más pertinente. En todo caso, debido a sus limitaciones (por ejemplo, es imposible que yo les formulara mis propias preguntas en ese momento), sólo podré plantear una interpretación plausible del caso.

En general, el documento audiovisual constituye un recuento sobre la experiencia de los hombres. En él hablan de sí mismos, de sus ideas y sus comportamientos en relación con la vasectomía que les fue realizada en Profamilia. En algunos casos, entran en tensión con ciertas representaciones culturales esperadas en ellos —y, a su vez, articulan otras que son consideradas contrapuestas—, por ejemplo, cuando se definen como hombres por su capacidad de proveer económicamente en el hogar y no por el hecho de tener un gran número de hijos/as[110]. En otras ocasiones, siguen asimilando o incorporando representaciones tradicionales sobre los hombres. Esto sucede cuando invierten la típica relación entre vasectomía y deseo sexual —que concibe usualmente que tal deseo disminuye—

[110] Ver nota 96. Por ejemplo, uno de los hombres afirmaba lo siguiente: "pensar primero en que es más pecado traer irresponsablemente hijos al mundo que no se van a poder llevar [sostener]" (Stuart, 1971).

al afirmar ahora que su libido y destreza sexual han aumentado[111]. Por último, algunos hombres dan muestra de su conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico y hablan con propiedad sobre el tema. Cuando afirman la necesidad de que el procedimiento sea realizado sólo en hombres con estabilidad psicológica, a su vez, ellos mismos se están definiendo y describiendo como parte de ese grupo. En general, como se puede leer en ese capítulo, esto les permite mostrarse seguros de la decisión que tomaron.

Si consideráramos *únicamente* el documento audiovisual para comprender la identidad de género de los hombres vasectomizados, aun cuando podría ser la fuente más pertinente dentro de las consultadas, perderíamos de vista la importancia de los/as investigadores/as —que hacen parte de los "otros significativos" y que ofrecieron el servicio de vasectomías— en la construcción de la identidad de género. En otras palabras, no podríamos comprender algunos aspectos de la identidad de género si no consideramos las definiciones y representaciones sobre masculinidad que circulan en el "contexto"; en este caso podríamos hablar de un "contexto tecnocientífico o sociotécnico" en el que habitan estos hombres. Particularmente, no podríamos comprender la identidad de género sin las representaciones sobre la masculinidad que articularon los/as investigadores/as durante los años 70 y que es posible ubicar en sus publicaciones académicas (y, en general, en las publicaciones de la época). De forma similar a lo que planteé sobre Oudshoorn, la identidad de género de los hombres, en situaciones en las que parece más evidente la articulación con prácticas médicas o científicas, puede comprenderse mediante una exploración de las representaciones sobre la masculinidad que articulan los/as investigadores/as que ofrecieron el servicio de vasectomías, dado que para ellos/as era importante tener claridad sobre el tipo de usuario al que le ofrecerían el método anticonceptivo.

En todo caso, mis hallazgos empíricos también comparten el mismo tipo de limitaciones que identifiqué en la investigación de Oudshoorn: no puede dar cuenta del proceso autorreflexivo de los hombres involucrados y la importancia de los usuarios está limitada a aquella que le otorgan los/as investigadores/as de la época. Aun así, si no hubiera mostrado con claridad la reiteración de cierta representación de la masculinidad en las publicaciones médicas de los años 70 (particularmente,

[111] Este es un asunto que repiten de forma constante. Por ejemplo, un hombre entre los 45-50 años afirma lo siguiente: "ellos piensan [otros hombres] que con la vasectomía que nos han hecho nosotros quedamos como bueyes, incompetentes para estar con una mujer. Y eso es una mentira. Nosotros quedamos *exactamente iguales* [sic] que cualquier hombre que tiene 15 años de vida, en su plenitud" (Stuart, 1971).

aquella que concibe a los hombres como personas seguras de sí mismas y en la toma de decisiones), sería difícil comprender la incorporación de esa característica en el recuento que hacen los usuarios de sí mismos. Y aunque no es posible determinar el origen —o la "génesis"— de esa representación específica, parece plausible considerar que fue articulada de forma reiterada por los/as investigadores/as que crearon la provisión del servicio de vasectomías y, en ese proceso, los hombres que participaron terminaron incorporándola como parte de su identidad de género, ya que de forma "natural o espontánea" se atribuyen esa característica.

Algo similar ocurre para el caso de las Clínicas para el Hombre. Dentro de las fuentes consideradas en esa parte, la más pertinente para conocer el proceso autorreflexivo de los hombres consiste en las evaluaciones realizadas por Profamilia sobre la opinión de los usuarios de las clínicas. Es necesario reconocer que la preferencia de espacios masculinos no parece hacer alusión, en principio, a alguna característica o comportamiento culturalmente deseado o exigido en los hombres[112], sin embargo, sí consistió en la representación que articularon los/as profesionales de la salud (en su mayoría médicos) al decidir crear las Clínicas para el Hombre. En la medida en que, durante el periodo de vigencia de esas Clínicas, los hombres expresaban con mayor probabilidad su deseo por un espacio exclusivamente masculino, terminaron incorporando o reproduciendo —para sí mismos— esa representación. Así, al mismo tiempo, tenemos una preferencia y representación expresada por los/as profesionales de la salud ("esta es una necesidad de los hombres") y una preferencia y representación expresada por los hombres mismos ("nosotros, hombres, necesitamos esto")[113].

Esta interpretación plausible sobre la identidad de género presente en mis hallazgos empíricos (que comparte las limitaciones de la investigación de Oudshoorn y del caso de los años 70), muestra la pertinencia de algunas claridades teórico-metodológicas expresadas hasta ahora. Particularmente, resalta la importancia de explorar las representaciones sobre la masculinidad articuladas por médicos o científicos (como parte de los "otros significativos") cuando se estudia la identidad de género en

[112] Como mostré en el segundo capítulo, esta no fue la única preferencia expresada por los hombres, aunque sí fue la que se expresaba con mayor probabilidad durante el periodo de vigencia de las Clínicas para el Hombre.

[113] En términos amplios, una representación que circula y describe a los hombres —cuya expresión general sería: "los hombres son así" — termina estando acompañada por aquella descripción o representación que los hombres ofrecerían de sí mismos —la expresión general sería: "nosotros, hombres, somos así"—. De esta forma, una representación general se incorpora y hace a un sujeto particular y, a su vez, ese sujeto particular parece demostrar —con su existencia y recuento de sí mismo— la realidad de tal representación.

situaciones en las que parece más evidente la participación e influencia de este tipo de actores. En términos generales, en "contextos tecnocientíficos o sociotécnicos", la comprensión de la identidad de género de unos sujetos particulares podría verse limitada si se considera únicamente el recuento que hacen de sí mismos. Por lo tanto, para quienes deseen continuar la ruta investigativa sobre la identidad de género, recomiendo tener presente estas consideraciones cuando exploren contextos tecnocientíficos. En concordancia con lo anterior, la siguiente reflexión de Mara Viveros (2002a) adquiere renovada pertinencia:

> La relación usuario-institución hace parte del debate emocional y afectivo que acompaña la elección y las entidades prestatarias de salud reproductiva contribuyen a configurar un modelo varonil y de desempeño masculino en el interior de la pareja, la familia y la sociedad. La orientación y el contenido de la oferta institucional obran simultáneamente como catalizadores de los procesos individuales y como recursos cognitivos y apoyos emocionales para la toma de decisiones (pp. 336-337).

⁂

La identidad de género, como concepto para entender la masculinidad, no se limita a ser un descriptor de rasgos o características asociados con lo masculino. Desde una perspectiva feminista, el concepto también importa para comprender la producción de las (des)igualdades de género en casos concretos. Lo anterior aplica, a su vez, para la «masculinidad hegemónica» —uno de los conceptos más recurrentes en las investigaciones consideradas en el primer capítulo—. Al respecto, James Messerschmidt (2019) plantea que

> algunos académicos siguen ignorando el fundamento de la masculinidad hegemónica, [es decir], la legitimación de las relaciones desiguales de género, al equiparar de forma simple el concepto, por ejemplo, a características fijas de la masculinidad o como [algo] asociado únicamente a ciertos grupos de hombres (p. 88).

Incluso, si se hiciera uso de la identidad de género únicamente como un descriptor, es fundamental comprender que cualquier identidad (sea de género o no) es multidimensional, es decir, no puede ser comprendida a partir de un solo rasgo o característica identificado. Como planteé en el primer capítulo, este sería el problema de las investigaciones de Pomales (2013) y Moreno (2019). Aunque ambos hacen menciones a otros rasgos o características, al hacer demasiado énfasis en el rechazo que expresaron algunos hombres de continuar siendo fértiles, esas investigaciones terminaron concibiendo a esos hombres como quienes confrontan la masculinidad hegemónica (Moreno Bolívar,

2019, p. 2) o "habitan la hombría de nuevas maneras" (Pomales, 2013, p. 26). En otras palabras, la comprensión de la identidad de género de esos hombres (en este caso, unas identidades concebidas como no tradicionales o contrahegemónicas) terminó descansando en un solo rasgo o característica particular, desconociendo, a su vez, la constelación de características que están involucradas en la producción de la identidad.

Difícilmente una sola característica del sujeto considerado basta para dar cuenta de su identidad de género. Si no se considera la multidimensionalidad, se puede terminar simplificando la comprensión de la identidad. Esto, a su vez, tiene consecuencias para abordar la (des)igualdad de género en un caso concreto. Nuevamente, Pomales (2013) y Moreno (2019) terminaron produciendo una imagen demasiado optimista sobre la participación de estos hombres en las relaciones de género. En otras palabras, que estos hombres ya no sean fértiles (ni les preocupe ese asunto para seguir definiéndose como hombres y sujetos masculinos) no nos garantiza que, a su vez, no estén sobrevalorando su decisión y exigiendo en su hogar alguna especie de compensación por lo realizado. Por ejemplo, aunque la exigencia de ser fértiles sí pueda considerarse un asunto tradicional, es factible que contemporáneamente no sea tan importante para seguir definiéndose como hombres o sujetos masculinos —en comparación con la mayor importancia que tendría hoy en día garantizar su lugar como proveedor económico: al no tener (más) hijos—. Estos matices solo podrán ser abordados de forma concreta en cada caso y, precisamente por eso, es importante tener cautela al plantear la existencia de ciertas identidades de género —y, particularmente, la presencia de masculinidades (no) hegemónicas en los diferentes contextos que decidan estudiarse—.

En relación con lo anterior, se puede ofrecer una discusión con el caso de los años 70. En el documento audiovisual de Profamilia se destaca una ausencia fundamental: las esposas de los hombres. Aunque los requisitos para acceder a una vasectomía contemplaban la participación de la esposa[114], el documento audiovisual solo consideró a los hombres para hablar de esa experiencia que, en todo caso, era fundamentalmente conyugal. Aunque los hombres hacen alusión a sus esposas, las voces de ellas están ausentes. De los múltiples elementos que pueden destacarse de ese documento, vuelvo a hacer énfasis en uno particular —desarrollado en el segundo capítulo—: el conocimiento expresado por los hombres sobre las condiciones psicológicas requeridas para

[114] Recordemos: era necesario que ella firmara una autorización y que asistiera a la segunda entrevista en la que participaría su esposo.

realizarse el procedimiento y, en consecuencia, la posibilidad de mostrarse seguros de sus decisiones. En el espacio destinado a la producción del audiovisual se les permitía a los hombres explicar y justificar su decisión de haber optado por una vasectomía y, en general, el espacio les permite mostrar la convicción que tenían (y tienen) al haber tomado esa decisión. En esa situación, las razones para tomar la decisión están articuladas únicamente por los hombres y, así —en términos prácticos—, pueden afirmar que debido a sus capacidades y voluntad propia decidieron hacerse la operación —difuminando o ignorando la importancia que sus mismas esposas tuvieron en ese proceso—.

De forma similar al audiovisual, algunas entrevistas que hacían parte de los requisitos y, posteriormente, la posibilidad de participar en un 'club de vasectomizados', constituyeron momentos en donde asistían únicamente los hombres y en los que podían ejercitar, practicar y (re)afirmar su capacidad individual de toma de decisiones. Intentando explorar la masculinidad y las (des)igualdades de género presentes en este caso, podría plantearse lo siguiente: primero, el audiovisual —en la práctica— muestra a los hombres como tomadores de decisiones individuales. Esto invisibiliza —si acaso, matiza— la participación de las esposas en el proceso decisional y, de esta forma, constituye una defensa —práctica— frente a un posible cuestionamiento que podrían hacerle a la identidad de género de esos hombres: que su masculinidad está en duda cuando se sabe que su esposa participó en el proceso decisional, ya que usualmente se presenta como equivalente a una imposición de la decisión por parte de ella. En general, el reconocimiento de la participación de la esposa suele significar la pérdida de poder en la relación conyugal[115]. Así, el documento audiovisual, al mostrar a los hombres como tomadores de decisiones individuales, disminuiría las probabilidades de que ese cuestionamiento a su masculinidad pueda ser formulado.

Segundo, al invisibilizar —o matizar— la participación de las esposas en la toma de decisiones, el espacio en donde es realizado y el documento audiovisual en sí mismo (re)producen —a nivel "micro" y en ese momento particular— una representación sobre la identidad de género de las mujeres que era compartida por algunos documentos y actores de los años 70 y 80: que las mujeres

[115] Aunque no cuento con citas explícitas sobre este posible cuestionamiento en los años 70, varias investigaciones del primer capítulo sí lo ubican en otros contextos. Sin duda, la discusión que aquí ofrezco considera factible que tal cuestionamiento pudiera presentarse en esa época.

son pasivas y no son las que usualmente toman las decisiones[116]. Al menos, en el marco de la toma de decisiones reproductivas que involucran el uso de la vasectomía, el documento audiovisual (re)afirma la representación de que las mujeres no participan en la toma de decisiones. Gracias a esta práctica específica —y a muchas prácticas cotidianas—, una representación de este tipo se mantiene vigente, circula y, así, adquiere durabilidad y permanencia a lo largo del tiempo.

Y tercero. Aunque el uso de la vasectomía podría haber equilibrado las cargas y responsabilidades anticonceptivas en las historias conyugales particulares de esa época, esa circunstancia no nos garantiza poder hablar de forma inmediata de la producción de una relación de pareja más equitativa o, en términos teóricos, de la constatación de masculinidades no hegemónicas. Para ello, sería importante indagar por las tensiones y negociaciones que se dieron al interior de la pareja durante esos años —lamentablemente, esto parece ser imposible[117]—.

En síntesis, al invisibilizarse la participación de las mujeres en la escogencia de la vasectomía como la opción anticonceptiva de la pareja, se garantizaría que la identidad de género de sus esposos no se vea cuestionada por la presunción de que han perdido poder en la relación conyugal, reproduciría (una vez más) la representación sobre las mujeres que las ubica como personas pasivas y que no toman decisiones y, aunque alguien pueda considerar que esa decisión —independientemente de cómo se muestre— tendría efectos positivos y contribuiría a la igualdad de género en la pareja, lo cierto es que esa valoración no puede depender únicamente de ese aspecto. Los anteriores elementos intentan ofrecer una interpretación plausible de la (re)producción de desigualdades e identidades de género presentes en mis hallazgos empíricos.

⁂

Al finalizar la primera parte del primer capítulo se abre un camino incipiente y fructífero que nos permite plantear una discusión teórica interesante sobre la masculinidad. Una vez las investigaciones comienzan a tomar distancia del proceso decisional y la identidad de género de los hombres (y/o sus

[116] Por ejemplo, la investigación de Balasubramanian (2018) aborda ese asunto en particular. Además, como pudo leerse en el segundo capítulo, en Colombia Fernando Tamayo y Jesús de los Ríos también lo afirmaban.

[117] Teniendo en cuenta la edad mínima para ser candidato a una vasectomía en aquella época (35 años) y el tiempo que ha pasado desde entonces (50-54 años), es altamente probable que muchas de esas parejas no puedan ser ya entrevistadas.

parejas) —al comenzar a preocuparse por algunos aspectos tecnocientíficos de la vasectomía—, la comprensión de la masculinidad adquiere ciertos matices. El más importante de todos es que su aparición o comprensión ya no se ubica fundamentalmente en las prácticas reflexivas de los hombres o parejas.

Aunque la identidad de género no se agota en la práctica reflexiva del sujeto sobre sí mismo, en las investigaciones que se han abordado en esta tesis los "otros significativos" suelen ser personas que tienen alguna cercanía física —mediada o inmediata— con los hombres estudiados. Así, se considera que las "fuentes externas" (es decir, aquellas que no se originan en el sujeto mismo) de construcción de la identidad de género residen en *personas* que articularían representaciones o definiciones sobre la masculinidad en un contexto particular. En todo caso, reflexionando en términos amplios sobre la identidad de género, es posible considerar que las "fuentes externas" también residen y existen de formas impersonales, es decir, que no necesariamente pertenecen a personas sino que pueden encontrarse en productos culturales particulares: la literatura, el cine, la televisión, los videojuegos, etc. Aunque quienes figuran como autores/as de esos productos sean personas, las representaciones o definiciones sobre masculinidad incorporadas allí circulan de forma autónoma y con independencia de su creador/a. Y, por lo tanto, la "historia de vida" de las representaciones sobre la masculinidad existe más allá de sujetos particularmente considerados: en productos humanos que, hasta cierto punto, han adquirido alguna independencia.

Lo anterior comienza a percibirse al finalizar la primera parte del primer capítulo. Es importante aclarar que, a partir de ese punto, las distintas investigaciones no cuentan con un vocabulario común para comprender y referirse a la masculinidad. De forma intercambiable, hacen uso de varios términos: representaciones, estereotipos, imágenes, imaginarios, ideologías, gramática de género, etc. Incluso, cuando hacen referencia a la masculinidad hegemónica, las investigaciones también utilizan algunos de los otros términos mencionados. A pesar de las diferencias y tensiones interpretativas que podrían resaltarse[118], si consideramos los alcances y hallazgos presentados en esas investigaciones, el concepto de «representaciones» podría abarcar esa discusión teórica en términos generales. En el siguiente apartado se intentará aclarar su significado.

[118] Es factible que las «representaciones», «estereotipos» o «imaginarios» tengan distintas repercusiones teóricas y, por lo tanto, no siempre puedan usarse de forma compatible o indiferenciada, sin embargo, como mencioné, muchas veces se hace un uso indistinto de esos (y otros) términos a lo largo de una misma investigación.

Algunos de los productos "culturales" (específicamente tecnocientíficos) en los que se indaga por las representaciones sobre la masculinidad en el primer capítulo son los siguientes: publicaciones académicas, informes sobre prestación de servicios o pruebas clínicas y prácticas de diverso tipo —de provisión del servicio, de investigación en laboratorios o de participación de pacientes/usuarios en algún tratamiento médico—. Aunque muchas de estas prácticas son (re)producidas por personas, algunas investigaciones hacen alusión a prácticas institucionalizadas —estabilizadas en marcos médicos o normativos con independencia de las personas involucradas en cada caso—[119]. Así, esas investigaciones comienzan a desplazar el "lugar" de búsqueda de la masculinidad: ya no se limitan a las personas.

Dado el tipo de material —objetos o prácticas tecnocientíficas— sobre el que se producen esas investigaciones, la identificación de representaciones sobre la masculinidad constituye un hallazgo contraintuitivo. En otras palabras, si se parte de la suposición usual que concibe que, por ejemplo, las publicaciones médicas son ejercicios neutrales y objetivos, no se esperaría encontrar en ellas ninguna referencia a aspectos culturales ni relativos a la masculinidad. Por lo tanto, cuando aparecen esas representaciones, la supuesta neutralidad u objetividad de las publicaciones comienza a ser puesta en duda[120]. Solo por mencionar uno (de tantos) ejemplos presentes en el primer capítulo, no deja de ser llamativo que se felicite a los hombres en los artículos que reportan los resultados de las pruebas clínicas para el desarrollo de anticonceptivos masculinos (Oudshoorn, 2003a). Sin embargo, aunque estos hallazgos son contraintuitivos y, hasta cierto punto "polémicos", no abordan la discusión central que puede estar presentándose en los materiales objeto de estudio. Es decir, aunque sus hallazgos nos muestren la incorporación de representaciones sobre la masculinidad en prácticas/productos tecnocientíficos (y no en personas), no siempre queda clara la relevancia de este tipo de hallazgos en la discusión central que ofrecen los/as investigadores/as en la publicación o práctica específica. De alguna forma, aunque interesantes, esas menciones son relativamente periféricas respecto a la discusión central. Por ejemplo, las felicitaciones ofrecidas a los hombres no parecen repercutir ni en el diseño ni en la forma de ofrecer las pruebas clínicas y, por lo tanto, su

[119] Por ejemplo, como mostré en el primer capítulo, la exigencia recurrente —médica o legal— que impedía a hombres homosexuales o bisexuales participar de distintos tratamientos o prácticas médicas.

[120] Específicamente aquella objetividad definida como ausencia de valores, subjetividades o cultura.

identificación en la publicación académica puede leerse como un comentario adicional —alguien podría plantear que innecesario— sobre el desarrollo de esas mismas pruebas.

Lo anterior, en todo caso, solo ocurre en algunas de las investigaciones consultadas. Otras, por el contrario, muestran que la comprensión de una discusión/práctica tecnocientífica particular necesita, *a su vez*, la comprensión de las representaciones sobre la masculinidad involucradas. Por ejemplo, si no existiera una representación sobre el bajo compromiso que tendrían los hombres en el uso de métodos anticonceptivos —y las consecuencias que eso tendría para evaluar la efectividad de los métodos en desarrollo—, sería difícil entender por qué se estableció como requisito para participar en las pruebas clínicas ser un hombre heterosexual en una relación de pareja estable (excluyendo la posibilidad de participación de hombres solteros, homosexuales o bisexuales) (Oudshoorn, 2003a, 2003b, 2004)[121]. En síntesis, esas investigaciones —o esos casos particulares presentes en el primer capítulo— muestran cómo la producción tecnocientífica es, *a su vez*, una producción cultural —particularmente, una producción de representaciones sobre la masculinidad—.

Esa forma particular de aproximarse a las relaciones entre la tecnociencia y la sociedad/cultura inspiraron teóricamente mi propia investigación. Teóricamente hablando, en relación con la investigación sobre género, se trata de "la formación mutua y recíproca del género y la tecnología —formulada hoy en día usando un lenguaje posestructuralista como la coproducción del género y la tecnología—" (Ottemo, 2019, p. 343). "Su idea básica es que, en vez de aceptar nociones comunes o heredadas sobre la tecnología, la masculinidad y la feminidad como categorías con significados claros, éstas deberían ser vistas como recíprocamente constituidas" (Ottemo, 2019, p. 343). En otras palabras, se invita a no presuponer —a ser escéptico/a— respecto de las distinciones usuales que se plantearían entre tecnología (ciencia) y género y, así, estar atento/a a las formas en que tales distinciones —o indistinciones— estarían siendo producidas en el mismo proceso socio-técnico-científico.

Para el caso particular de esta tesis, esta inspiración teórica implicaba abordar los materiales de investigación (manuales, revistas, informes —documentos— y entrevistas) con varias inclinaciones particulares. Por ejemplo, buscaba evitar la imposición de aquellas definiciones y distinciones

[121] Además, si se ignorara esa representación, no podría entenderse por qué se propone modificar los intervalos entre inyecciones de un método anticonceptivo hormonal en desarrollo.

intuitivas, inmediatas o usuales que uno podría tener respecto a la masculinidad y a la vasectomía. Por otro lado, implicaba entender la discusión central ofrecida en los documentos y por los entrevistados y, a su vez, estar atento a las descripciones, alusiones o definiciones sobre los hombres, la masculinidad, la hombría, la virilidad (y otros términos similares) que allí se estuvieran desplegando o articulando. De esta forma, esta investigación no consistía, simplemente, en hallar representaciones sobre la masculinidad presentes en prácticas/objetos tecnocientíficos sin importar la relevancia que tales representaciones tuvieran en la discusión del caso. Es decir, no implicaba simplemente hallar representaciones *en* prácticas/objetos tecnocientíficos dados/asumidos (como si se tratara de un "contexto" estático tecnocientífico) sino, más bien, en indagar por las representaciones sobre la masculinidad *y su desarrollo recíproco* respecto a ciertas prácticas/objetos tecnocientíficos. Específicamente, se pretendía comprender la forma en que se desarrollaban mutua y recíprocamente las representaciones sobre la masculinidad *y* la investigación y provisión del servicio de vasectomías de Profamilia.

Por lo anterior, es posible derivar una conclusión sobre el segundo capítulo. En él se intenta dar cuenta de la "historia de vida" de las representaciones sobre la masculinidad articuladas por diversos actores en la historia de Profamilia y, a su vez, exponer la "historia de vida" de la investigación y la provisión del servicio de vasectomía llevado a cabo durante esos años. Es importante aclarar que ambos procesos no ocurren de forma separada. En realidad, es difícil que se pueda entender "una de las partes" sin tener presente "la otra". El segundo capítulo lo que intenta mostrar es la *amalgama* que constituye a ese proceso particular[122]. Por ello consideré que algunos hallazgos empíricos eran de menor importancia (su inclusión modificaría la conclusión general que acabo de plantear). Por ejemplo, aunque inicialmente esperaba encontrar referencias al desempeño sexual de los hombres —que, en todo caso, sí existen en la documentación y entrevistas—[123], ninguna de ellas parecía estar

[122] Según el diccionario de la Real Academia Española una amalgama es una "unión o mezcla de cosas de naturaleza contraria o distinta". Para esta investigación prefiero decir: una unión o mezcla de cosas de naturaleza *aparentemente* contraria o distinta. Si un proceso singular es una mezcla de fuentes heterogéneas, ¿ese cuerpo compuesto (B.S) nos permite hacer distinciones tajantes entre sus componentes? ¿Son diáfanos y estables los contornos de las cosas que componen a ese cuerpo? ¿Podemos decir claramente —eternamente—dónde acaba una cosa y dónde comienza otra? Esos límites difusos podrían llevarnos a plantear entidades compuestas: investigación y provisión de los servicios de vasectomía "masculinizados" y/o masculinidades "vasectomizadas".

[123] Para mencionar unas pocas: "no tienen repercusiones desfavorables sobre la potencia sexual, ya que esta se conserva totalmente y al parecer, en algunas ocasiones, aumenta" (ACEP, 1975, p. 222); "[…] la absoluta certeza de que sus esposas

articulada/producida de la mano con alguna discusión reportada en las investigaciones o relativa a la forma de prestar el servicio[124] y, de esta forma, aunque pudiera constituir un hallazgo interesante —incluso "polémico"—, no me permitía entender las discusiones que uno consideraría usualmente como "más" técnicas o médicas (por ejemplo, la forma de proveer el servicio). En conclusión, la inspiración teórico-metodológica también constituyó una guía que otorgaba más (o menos) importancia a algunos de los datos que pude recopilar en mi lectura y escucha de los materiales empíricos, así, algunos elementos fueron descartados como hallazgos que me interesaba mostrar en detalle.

⁂

Aunque la masculinidad —como representación— designa las nociones, ideas o definiciones que determinan las formas de actuar/pensar que se consideran propias y esperadas principalmente en hombres —lo que implica, entre otras cosas, que la inteligibilidad como «hombre» o «varón» de una persona pasa, en algún grado, por su correspondencia respecto a ese actuar/pensar propio y esperado—, ninguna de esas definiciones se constituye sin establecer relaciones jerárquicas respecto a otras, por ejemplo, respecto a lo «femenino» o ser «mujer»[125]. La anterior definición resulta de un

---

no correrían el riesgo de quedar en embarazo. Como consecuencia, ellos reportaron relaciones sexuales más placenteras" (Goldsmith et al., 1973, p. 504); "el no tener que preocuparse por el embarazo puede aumentar el goce sexual" (AVSC International, 1995a, p. 4); "el mito de que los hombres pierden vigor cuando se hacen la vasectomía es mentira, no pierden vigor —advierte Janeth—. Por el contrario, ganan confianza porque pueden vivir una sexualidad más responsable" (Profamilia, 2020, p. 106). Estas, sin duda, son algunas menciones interesantes. En todo caso, también es posible citar muchísimas otras que no consideran que haya cambios (ni positivos ni negativos) en el desempeño sexual después de realizado el procedimiento.

[124] Uno podría imaginar que en las entrevistas de los años 70 o en las asesorías/consejerías de los años 80-90 el asunto relativo al desempeño sexual de los pacientes estaba íntegramente articulado a la forma de proveer el servicio, sin embargo, sin un trabajo etnográfico o de entrevistas adicionales que complemente lo reportado en los materiales utilizados en esta tesis, es difícil valorar esa hipótesis. La etnografía presencial es imposible de realizar para los años 70 y las entrevistas adicionales durante los 80-90 deberían incluir consejeros/as y pacientes —el reto consiste en rastrear a las personas que hicieron parte de ese proceso durante esos años—.

[125] Esta definición constituye un intento personal por articular diversas fuentes teóricas presentes en el primer capítulo. En estas investigaciones es posible identificar la influencia teórica de Judith Butler, Raewyn Connell y la «coproducción» (o términos similares), aunque lo usual es encontrarlas por separado. Por ejemplo, Thompson (2005) cita a Butler pero no a Connell, Wu (2011) retoma a Connell aunque no a Butler y Balasubramanian (2018) no cita a ninguna. La única excepción

esfuerzo personal para intentar articular diversas fuentes teóricas. En primer lugar, considerando la «coproducción» (o «amalgama»), he decidido no incluir adjetivos como "lo sociocultural" para hacer referencia a las nociones, ideas o definiciones —que son, básicamente, distintas formas de nominación—. Precisamente, el carácter (o adjetivo) de tales nominaciones sólo podrá determinarse como parte del proceso que se estudie. Por ejemplo, en algunos casos no estaremos frente a la producción de nominaciones *socioculturales* de la masculinidad sino, tal vez, *naturales*. De esta forma, se puede entender que la masculinidad —como representación— no "habita" únicamente en el dominio de "lo sociocultural" sino que también puede encontrarse en el ámbito de "lo natural"[126].

En concordancia con lo anterior, retomo la noción de "matriz de inteligibilidad" de Judith Butler para afirmar que las distintas formas de nominación no solo definen las maneras *esperadas* del actuar/pensar —que se podrían asociar intuitivamente con lo sociocultural— sino, también, las maneras *propias* (definitorias o "esenciales") del actuar/pensar —consideradas usualmente como lo natural—. Es decir, las formas de nominación no solo definen lo que se esperaría de un sujeto; también definen/producen al sujeto mismo. No solo definen cómo se espera que actúe/piense sino, también, cuál es el actuar/pensar que le es propio. Así, la masculinidad —como representación— permite entender que las nominaciones como «hombre» o «varón» (articuladas usual y hegemónicamente con «lo masculino»)[127] es algo que también está siendo cuestionado o reforzado en el proceso —y no solamente lo que concebimos como «masculino» o «varonil»—.

Precisamente, en la medida en que un sujeto concuerde —se acerque a— las definiciones del actuar/pensar que le son propias y que se esperaría que exprese, entonces se le reconocerá como propiamente «hombre», «masculino», «mujer» o «femenino»[128]. Solo para ilustrar lo anterior, en

---

es Nelly Oudshoorn (2003b), quien ofrece un intento explícito por articular las propuestas de las dos autoras —véase, sobre todo, la nota 27 del primer capítulo (p. 247)—. Todavía se requiere un ejercicio explícito y riguroso que articule esas tres fuentes teóricas, sin embargo, algunos de los artículos referenciados en este último capítulo pueden contribuir en esa dirección: (La Furcia, 2016; Lagesen, 2012; Landström, 2007; Ottemo, 2019; Oudshoorn, 2003a; Waling, 2019).

[126] Emily Martin (1991) ofrece una interesante investigación/reflexión sobre la descripción de los gametos sexuales humanos —"lo natural"— que es, a su vez, una definición sobre lo masculino y lo femenino —"lo sociocultural"—.

[127] Por esta razón afirmo en la definición inicial que la masculinidad es relacionada principalmente con los hombres.

[128] Aquí retomo parcialmente las reflexiones de Raewyn Connell sobre el ideal cultural (o hegemónico) de la masculinidad que constituye un referente de aceptación/rechazo en el proceso de construcción identitaria de los varones. Sin embargo, de alguna forma, inspirado en Connell, intento descentralizar el lugar de «lo masculino», el «hombre» o la identidad para

algunos de los siguientes casos es posible imaginar los sujetos y nominaciones que estarían siendo puestas en duda o confirmadas al relacionarse con las siguientes situaciones: "infértil", "altos niveles de progesterona", "sentimental", "con/sin hijos/as" o "hipogonadismo"[129]. Esto implica que, en algunos casos, no se cuestionará/confirmará simplemente que una persona sea "más/menos masculino/a" —o "más/menos hombre"— sino, sobre todo, si es realmente "masculino" —u "hombre"—. Por lo tanto, es factible que la masculinidad no siempre se defina en contraposición a "otras masculinidades" y, de esta forma, para seguirse nombrando de tal forma puede necesitar la negación de la existencia de esas otras expresiones; asociándolas, a su vez, con lo «femenino»[130].

Finalmente, es difícil imaginar que la confirmación o puesta en duda de alguien o *de algo*[131] como «(de) hombre» o «masculino» no tenga relación, a su vez, con otras nominaciones (sobre todo, las de ser «mujer» o «femenino/a»). Por ejemplo, es posible pensar en las asociaciones que se producen cuando se cuestiona la masculinidad de un hombre adulto heterosexual (entre 22-30 años) que nunca ha tenido pareja[132]. Además, la relación con las otras nominaciones no es únicamente contrapuesta o dicotómica sino, sobre todo, jerárquica y contextual. Aquí, como sucede teóricamente con la identidad de género —y también con la masculinidad hegemónica—, la representación no se limita

---

hacer explícita la importancia de pensar en las relaciones «masculino/femenino», «hombre/mujer» e identidad/representación. En todo caso, intuyo que este desplazamiento teórico descentraliza mi definición en torno a los varones y la masculinidad (e, interesantemente, me ubica en la discusión sobre el género).

[129] Cada una de esas definiciones afectará en grados diferenciales (y contextuales) las respectivas nominaciones y sujetos. Por ejemplo, los "altos niveles de progesterona" en una persona podrían poner en duda el ser «hombre» (y «masculino»: ginecomastia) o podrían confirmar el ser «mujer» (y «femenina» —considerada como madre—: posibilidades de embarazo).

[130] Lo anterior no niega la importancia ética y política de reconocer como «masculinas» a las formas de actuar/pensar de ciertos hombres que se distancian de las formas establecidas. Sin embargo, si se asume *a priori* su carácter masculino, el estudio de casos concretos ignorará las condiciones de (im)posibilidad que permiten su surgimiento o eliminación.

[131] Imagine las asociaciones con "lo masculino/femenino" o "de hombres/de mujeres" que se hacen usualmente respecto a las siguientes realidades: fútbol, menstruar, guerra, partería, racional, emocional, etc. Es por ello que las nominaciones no se limitan a las personas y, adicionalmente, tienen implicaciones para la nominación de los cuerpos asociados a esas realidades. Intuyo que aquí hay una discusión cercana con Bourdieu.

[132] Debido a la heterosexualidad obligatoria, se estaría presuponiendo que ese hombre no desearía amorosa ni sexualmente a las mujeres —'¿de qué otro modo se explica la ausencia de pareja?', diría alguien—. A su vez, en alguna medida, se concebiría que él sería parte de ellas —ya que se asume, nuevamente, que las mujeres serían las únicas que no podrían desear a otras mujeres—. Así, se estaría frente a un "hombre" afeminado o maricón.

a ser un descriptor de características sino que intenta comprender las (des)igualdades de género producidas en situaciones particulares.

La anterior definición que, como lo mencioné, surge de un esfuerzo personal por articular diversas fuentes teóricas, excede su capacidad de aplicación a mis hallazgos empíricos. Más que intentar ofrecer un concepto teórico que aborde cada una de las aristas que pude encontrar en mi segundo capítulo, espero que pueda considerarse una herramienta útil para pensar otras investigaciones sobre las relaciones entre masculinidades, ciencia y tecnología. El concepto, además, puede ser útil para pensar las relaciones entre género y medicina.

A partir de la anterior propuesta, es posible plantear una discusión/reparo a la interpretación que ofrece Nelly Oudshoorn de un caso particular. Específicamente, respecto a la (des)igualdad de género. Para la autora, las feministas que se oponían al desarrollo de métodos anticonceptivos masculinos "representaron a los usuarios como hombres en quienes no se puede confiar, [y así] reproducían […] estereotipos culturales hegemónicos de la masculinidad" (Oudshoorn, 2000, p. 109). Es decir, al representar a los hombres mediante un "estereotipo" particular —como personas en quienes no se puede confiar en el uso de métodos anticonceptivos—, la autora considera que aquellas feministas reproducían una masculinidad hegemónica. Sin embargo, uno podría preguntarse: ¿por qué, al representar a los hombres de esa manera, se reproducía una masculinidad de ese tipo? Reformulando la pregunta a partir de la definición planteada por Messerschmidt (2019): ¿cómo esa representación legitimaba las relaciones desiguales de género? Es posible afirmar, *contemporáneamente*, que esa representación —que implica oponerse al desarrollo de métodos anticonceptivos masculinos— termina (re)produciendo la distribución desigual de cargas y responsabilidades anticonceptivas (que históricamente ha recaído sobre las mujeres). Es decir, contribuye a la legitimación de las relaciones desiguales de género. Sin embargo, es factible que aquellas feministas no aceptaran ser interpretadas de esa forma. Precisamente, *en aquel momento,* la razón para oponerse al desarrollo de métodos anticonceptivos masculinos —articulando esa representación particular— consistía en evitar profundizar la desigualdad de género, ya que —según aquellas feministas— estaría en riesgo la autonomía que habían obtenido las mujeres sobre su cuerpo y reproducción (dada la existencia de métodos anticonceptivos para ellas). En otras palabras, existía la preocupación de que las mujeres terminaran "dependiendo de alguien más [los hombres] para sus

necesidades anticonceptivas" (Oudshoorn, 2000, p. 128)[133] si se desarrollaban métodos anticonceptivos masculinos. Por lo tanto, esa representación pretendía garantizar un espacio de autonomía y libertad de las mujeres y, de esta forma, no buscaría reproducir/legitimar la desigualdad de género —y, a su vez, no reproduciría una masculinidad hegemónica—.

Nuevamente, aunque hoy nos parece evidente que el desarrollo de métodos anticonceptivos masculinos contribuye a superar la distribución desigual de las cargas y responsabilidades anticonceptivas —y, por lo tanto, oponerse a ello se concibe como una defensa de la masculinidad hegemónica—, para aquel entonces —a partir de la información ofrecida por Oudshoorn—, esa "evidente" ventaja estaba siendo cuestionada (o puesta en duda). Por ello, concebir que esa representación reproducía una masculinidad hegemónica solo parece posible gracias a una lectura retrospectiva de la situación particular. Incluso, se puede plantear que algunas de las representaciones articuladas en defensa del desarrollo de métodos anticonceptivos masculinos también pueden concebirse como "estereotipos culturales hegemónicos"[134] y, así, no queda claro en la interpretación ofrecida por la autora si lo hegemónico reside en la constatación de unas características o rasgos concebidos usualmente como "estereotipos hegemónicos" o si, más bien, responde a una comprensión de la legitimación y reproducción de la desigualdad de género en esa situación particular. Aunque es posible seguir explorando más opciones interpretativas, el anterior reparo tiene como propósito general advertir contra las posibles lecturas retrospectivas en el estudio de las

[133] Por ejemplo, existía la preocupación de que las mujeres corrieran el riesgo de quedar en embarazo porque su esposo podría hacer un uso inadecuado o negligente del método anticonceptivo (situación posible al concebir que los hombres no son de confiar en el uso de los métodos). Al final, la preocupación consistía en que la capacidad de limitar su reproducción mediante tecnologías anticonceptivas ya no les pertenecería de forma exclusiva a ellas.

[134] Aunque Oudshoorn reconoce que las representaciones como hombres «pioneros» y «valientes» son un ejemplo de aquello, no parece admitirlo para el caso de los hombres «responsables» y «cuidadosos». Uno podría preguntarse: ¿ser un hombre «responsable» no podría ser igualmente un "estereotipo cultural hegemónico"? ¿Acaso no podría ser «responsable» en la medida en que, mediante el uso de anticonceptivos, cumple con el rol de proveedor económico en el hogar? ¿Exactamente qué es ser «responsable» en esa situación particular? Además, ¿ser «cuidadoso» no puede implicar una forma de "protección" paternalista frente a la esposa? Por ejemplo, la autora afirma que "los científicos que trabajaron en anticoncepción masculina tuvieron que defender activamente la imagen del Hombre Cuidadoso. En sus textos, rechazaban la idea de que los hombres no estarían dispuestos a usar un nuevo anticonceptivo al plantear que ellos siempre han jugado un rol muy importante en la planificación familiar" (Oudshoorn, 2000, p. 133). En ese caso, ¿qué caracteriza a ese rol —que los científicos articulan con ser «cuidadoso»—? ¿Ha sido un rol de "cuidado", de "control"?

masculinidades (hegemónicas o no)[135]. Es decir, las nominaciones sobre la masculinidad (y sus contrapartes relativas a la feminidad) deben ser consideradas contextualmente, de lo contrario, los elementos de juicio que tengamos en el presente pueden desconocer las intenciones y prácticas de nominación de los actores involucrados en cada caso. Solo mediante el reconocimiento contextual de las definiciones planteadas podemos entender los efectos que éstas producen.

A propósito, con la definición sobre masculinidad propuesta al principio (y con esta crítica a lo planteado por Oudshoorn) se puede plantear una discusión con mis hallazgos empíricos. En el *Estudio Psicosocial*, sobre todo, es posible identificar que las nominaciones sobre la masculinidad y la comprensión de los hombres latinoamericanos están acompañadas de nominaciones contrapuestas sobre la feminidad y las mujeres. Así se formulaban en ese contexto. En algunos casos, ese conjunto de nominaciones es concebido como parte de la "cultura occidental" —es decir, serían representaciones articuladas a lo sociocultural— y, en otros casos, las nominaciones hacen alusión a un proceso primario de socialización (p. 57) o a aspectos inconscientes (por ejemplo, notas 38 o 45) —esto último podría remitir a nominaciones "naturales" —. Por ejemplo, en el primer conjunto, la agresividad o dominación masculina es concebida como una compensación frente a la debilidad o sumisión asociada con las mujeres y lo femenino. En los otros casos, se afirma que el niño latinoamericano se esfuerza por suprimir en él aquellos rasgos femeninos que su padre desprecia. Básicamente, las representaciones sobre la masculinidad y la nominación/definición de los hombres latinoamericanos son, a su vez, representaciones y definiciones sobre la inferioridad de las mujeres y la feminidad. De esta forma, no resulta sorprendente que el *Estudio Psicosocial* afirme lo siguiente: "este tipo de hombre sobrecompensador, quien debe probar continuamente su masculinidad al mundo, si es suficientemente cuestionado puede […] *recaer en un rol femenino*" (Goldsmith & Goldberg, 1974, p. 287). Por lo tanto, es posible considerar que los espacios que evitaban el cuestionamiento de la masculinidad de aquellos hombres —es decir, los espacios previos y posteriores a la operación en donde practicaban y reforzaban su identidad como hombres seguros de las decisiones que toman— no son únicamente espacios de producción de la masculinidad sino, a su vez y en términos prácticos, eran espacios que *evitaban la feminización* de los hombres involucrados. De esta forma, las nominaciones sobre la masculinidad que estaban en juego se definían en

[135] Aunque no aborda las masculinidades, Lara Marks (1999) ofrece una crítica a quienes consideran que la píldora anticonceptiva fue puesta a prueba demasiado pronto, ya que evalúan retrospectivamente el caso con los parámetros contemporáneos de riesgos médicos.

contraposición y jerarquía respecto a ciertas nominaciones sobre la feminidad y, además, esos espacios concretos (re)producían esas definiciones y jerarquías.

Por último, es importante aclarar que la masculinidad —como representación— no se produce en un ámbito exclusivamente simbólico. Es probable que, en este punto, esa haya sido la imagen producida teóricamente. Sin embargo, en esta definición es fundamental considerar las *prácticas* que permiten la circulación, aparición y (re)producción de las representaciones/nominaciones sobre la masculinidad. Un ejemplo de lo anterior —entre tantos[136]— es la creación de las Clínicas para el Hombre de Profamilia. Ese espacio fue producido a partir de una representación particular sobre los hombres —de esa forma, esa representación constituyó un marco para la acción institucional y profesional— y, a su vez, fue un espacio reproductor de esa misma representación —según el recuento ofrecido por los hombres–usuarios durante el tiempo de vigencia de las Clínicas—. Es decir, sin esas prácticas específicas (las Clínicas y el ofrecimiento de sus servicios) no habría sido posible la existencia de aquella forma de nominación particular sobre los hombres. En términos generales, sin la repetición estilizada y ritualizada de actos —Butler— no sería posible que adquiriera estabilidad ni existencia aquello que definimos como «hombre» o «masculino» (ni «mujer» o «femenino»). Gracias a la repetición del mismo proceso histórico, las nominaciones se mantienen vigentes, circulan y tienen una "nueva oportunidad" de seguir existiendo. Por ello, la masculinidad no puede ser entendida si se consideran únicamente las representaciones (ignorando prácticas involucradas en cada caso particular). Por todo lo anterior, el segundo capítulo de esta tesis puede entenderse como una descripción-explicación que no solo da cuenta de las formas de nominación existentes (como si se tratara únicamente de ejercicios inocuos o ingenuos) sino que, a su vez, muestra cómo actuaban los actores con aquello que decían. Haciendo uso de las reflexiones de Butler, ese capítulo muestra la performatividad del género. En otras palabras, es una exploración de la articulación entre prácticas y representaciones[137].

---

[136] Para mencionar una situación posiblemente inadvertida: durante los años 70 únicamente los hombres heterosexuales y en una relación de pareja estable podían hacer uso de la vasectomía. En términos prácticos, esa opción anticonceptiva eliminaba la posibilidad de que hombres homosexuales, bisexuales o solteros pudieran negociar su identidad de género en el marco de esa decisión y, así, reforzaba —mediante ese "gesto" específico— la heterosexualidad monogámica como fundamento de la identidad masculina. Precisamente, un manual médico afirmaba lo siguiente sobre las recomendaciones para realizar una vasectomía: "Contraindicaciones psicológicas […] C) Homosexualismo" (Uriza Gutiérrez, 1982, p. 79).

[137] De esta forma también podríamos considerar teóricamente la masculinidad como un discurso.

⁂

El hiato histórico entre mi condición contemporánea y los procesos que aquí investigo me facilitan la exploración de aspectos que, en mayor o menor medida, no eran evidentes para los actores involucrados. Esto también aplica para la distancia existente entre las etapas inicial y final de la escritura de esta tesis. Llegado a este punto puedo reconocer (con sinceridad) que, al principio, no privilegiaba la (des)igualdad de género dentro de mis inclinaciones éticas y personales y me preocupaba, sobre todo, la pretendida neutralidad y objetividad de la práctica e investigación médicas. Tal vez esto explica —o ayuda a entender— los contornos particulares del objeto de estudio que he abordado a lo largo de este documento.

Aunque mi capítulo empírico sí ofrece elementos para comprender la (des)igualdad de género, seguramente no lo hace con la contundencia con la que muestra otro asunto: la amalgama entre representaciones sobre masculinidad —que algunas veces no permiten comprender la (des)igualdad de género[138]— y la investigación/provisión del servicio de vasectomías. Debido a mi preocupación e interés inicial, decidí abordar aquellos ámbitos, lugares o productos "culturales" que de forma intuitiva se consideran como neutrales y objetivos: la publicación médica sobre vasectomías y la provisión del servicio anticonceptivo. Así, los contornos de mi objeto de estudio se alimentaron de la distinción usual entre lo que se puede considerar médico —o tecnocientífico, en general— y lo que no (por ejemplo, esto me llevó a descartar las campañas de publicidad y promoción de la vasectomía)[139]. Al mismo tiempo, descarté con mayor facilidad algunos contornos que, intuitivamente, me habrían permitido explorar con detalle las (des)igualdades de género (por ejemplo, mediante la inclusión de las representaciones de género en la investigación y provisión del

[138] Por ejemplo, a partir de la información que logré obtener, no puedo afirmar que la representación que inspira la creación de las Clínicas para el Hombre tenga como correlato alguna otra representación que conciba como inferiores o subordinadas a las mujeres, lo femenino u otras expresiones de la masculinidad.

[139] Asociamos la publicidad con los intereses del mercado y con la movilización/creación de deseos y necesidades. Normalmente, esas características no se conciben como propias del quehacer científico y, cuando se identifican allí, se denuncian como desviaciones o contaminaciones de un propósito que debería ser noble y aséptico. Por la misma razón —es decir, porque se conciben como realidades con contornos diferenciados y separados—, muchos/as lectores/as de esta tesis descartarían automáticamente cualquier hallazgo en el ámbito de la publicidad como un posible hallazgo relacionado con la investigación médica.

servicio de ligaduras de trompas en la misma institución). Por lo tanto, aunque la coproducción (o amalgama) invita teóricamente a no presuponer las distinciones y definiciones usuales que se plantearían entre la tecnociencia y el género, mi subjetividad como investigador —producida contextualmente— puede reinscribir (reificar) tales distinciones en los contornos que inevitablemente establecí para abordar mi objeto de estudio.

A pesar de lo anterior, considero que la descripción-explicación de los años 70 ofrece elementos que me permitieron "resquebrajar" esos contornos iniciales. En principio, los cambios en el diseño metodológico de los estudios que evaluaban los efectos psicológicos adversos pueden concebirse, sin mayores reparos, como parte de la investigación médica. En todo caso, esos cambios pueden rastrearse en artículos de investigación publicados. Adicionalmente, dado que permitían la "exploración de ansiedades y la discusión de preocupaciones íntimas" (Goldsmith & Goldberg, 1974, pp. 282-283), los/as investigadores/as consideraron que esos cambios atenuaban los efectos negativos después de realizarse una vasectomía y, por lo tanto, consideraron pertinente traducir esos diseños metodológicos en algunos requisitos para proveer el servicio. Así, los cambios en el diseño metodológico delinearon los contornos —los límites, los mínimos— de la provisión del servicio. Nuevamente, sin mayores reparos, ambos casos pueden concebirse como ejemplos de prácticas médicas y, en ese sentido, como algo asociado fácilmente con lo tecnocientífico. Hasta aquí no ha habido rupturas o resquebrajamientos.

En todo caso, la atenuación de los efectos negativos no era una característica exclusiva de algunos requisitos —o espacios previos—; también era algo a lo que contribuían los espacios posteriores a la operación. Por lo tanto, las "reuniones abiertas para todos los hombres vasectomizados" (Goldsmith et al., 1973, p. 498) o el "club de vasectomizados" (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 75; Echeverry, 1991, p. 154) eran igualmente importantes para ese propósito. Sin embargo, al no ser obligatorio, alguien podría concebir que aquí la práctica médica no logra definir unilateralmente el carácter del espacio y, por lo tanto, se estaría ante la presencia de un espacio de transición —su centralidad comienza a definirse menos por las prácticas/representaciones médicas y más por las prácticas/representaciones de los pacientes—. A su vez, esto le permitiría plantear una diferenciación clara entre los espacios médicos y otro tipo de espacios. No obstante, aunque en el segundo capítulo no exploro las prácticas de los pacientes, muestro algo distinto: la existencia de espacios *híbridos*, en donde las prácticas/representaciones médicas son, a su vez, prácticas/representaciones de la masculinidad. De esta forma, los espacios posteriores serían el producto de prácticas-representaciones-médicas-profesionales-masculinas-de pacientes, es decir, espacios

heterogéneos[140]. Por ejemplo, la voluntad de los pacientes refuerza y responde a las preocupaciones médicas en la provisión del servicio. Por ello, tiene sentido pensar en una línea de continuidad —y no de transición— entre el diseño metodológico, los espacios previos y los espacios posteriores. Y dado que no se trata de una transición (como alguien podría plantear), los límites entre "lo tecnocientífico" y "lo cultural" comienzan a difuminarse.

Esta misma línea de continuidad puede trazarse, incluso, hasta el documento audiovisual de los 70 que ofrece el testimonio de los hombres vasectomizados. Como planteé anteriormente, es factible considerar ese espacio como una oportunidad para seguir ejercitando y (re)afirmando la seguridad individual masculina en la toma de decisiones —evitando o reduciendo, en términos prácticos, posibles cuestionamientos a la masculinidad de los hombres involucrados—. Esto constituye un elemento fundamental en la lógica de creación de los espacios previos y posteriores. Y aunque resulta más difícil de aceptar —siguiendo la lógica que opera en la provisión del servicio—, esa posible reducción de cuestionamientos gracias a la participación en el audiovisual contribuye a disminuir, a su vez, la vigilancia constante sobre el propio comportamiento y, en esa medida, podría aminorar los efectos psicológicos adversos. En todo caso, debido a (una parte de) lo anterior, es difícil reducir o considerar el audiovisual únicamente mediante la caracterización inicial que uno podría adjudicarle: un espacio destinado solo a la promoción del método anticonceptivo. En realidad, en él se sintetizan diferentes aspectos médicos, masculinos y de promoción[141]. Así, aunque inicialmente descartara

[140] Intentemos suspender las imágenes que asociamos normalmente con los elementos aquí enunciados. Imaginemos a distintas personas realizando prácticas y articulando representaciones o, simplificando en extremo, a gente pensando y haciendo cosas. Seguramente, no todo lo que hacen y piensan se les ocurre en ese preciso instante (por ejemplo, ciertas representaciones anteceden y circulan más allá del propósito particular que los reúne) y, además, cuentan con distintas posibilidades para enunciar lo que piensan y para ponerlo en práctica (es decir, no siempre actuarán sin la mediación de jerarquías, limites o restricciones). Sin los "pacientes" ningún esfuerzo "médico" tendría sentido ni sería posible (y viceversa). Específicamente, para lo expuesto en esta tesis, sin la "masculinidad" las formas "médicas" de investigar y ofrecer vasectomías no tendrían sentido (no podríamos comprenderlas) ni serían posibles (no habrían llegado a existir de esa forma). Y viceversa: sin esas formas "médicas", la "masculinidad" no tendría una nueva posibilidad de (re)producirse o (re)hacerse. Es decir, ni lo "médico" ni la "masculinidad" se definen completamente antes de la relación que los constituye.

[141] En el documento audiovisual Fernando Tamayo —presidente de Profamilia— reconoce su participación en el desarrollo de esa iniciativa. Entre los participantes —según menciona un hombre— se encuentra un médico. Uno de los hombres desea que el programa tenga difusión en distintos países latinoamericanos. Varios ratifican su participación voluntaria en

algunas prácticas (por ejemplo, las campañas de promoción y publicidad de la vasectomía), el seguimiento de las relaciones durante los periodos estudiados me llevó a incorporar espacios, experiencias y elementos inesperados, modificando los contornos iniciales del objeto bajo estudio[142].

Como veremos, para no presuponer las distinciones contemporáneas que haríamos entre ciencia, cultura, tecnología, sociedad o naturaleza, la coproducción (o amalgama) invita metodológicamente a realizar un trabajo descriptivo. Fundamentalmente, invita a seguir o rastrear las distinciones (o equiparaciones) que los mismos actores producen en su práctica. En esta tesis, este ejercicio implicó hacer un seguimiento cuidadoso de las representaciones y prácticas de los actores involucrados como contrapartida a las posibles representaciones (o interpretaciones) de quien investiga[143]. Como veremos a continuación, la utilidad de esta aproximación puede constatarse en la crítica que realicé a la interpretación de Nelly Oudshoorn sobre las Clínicas para el Hombre de Profamilia.

En este último caso, es importante aclarar que el resultado de la descripción no permite denunciar o percibir (des)igualdades de género. Los actores mismos, así como los demás materiales que sustentan la elaboración de esa parte del segundo capítulo, no parecen dar indicios en esa dirección. Sin embargo, la descripción es consistente con el proceso de creación y desarrollo de las Clínicas —permite comprender la lógica que las inspira—. Por el contrario, la interpretación de Oudshoorn (que parte de una diferenciación usual en las reflexiones sobre el género: masculino-público/femenino-privado) sí nos permitiría denunciar o percibir en ese caso las (des)igualdades de género, aunque a costa de ser criticada —y desacreditada— mediante un ejercicio descriptivo. Como lo mostré en el acápite 2.2.8, la descripción permite identificar la representación que sirvió de fundamento para crear las Clínicas, en contraposición a la interpretación que ofreció Oudshoorn (que descansaba en una consideración usual sobre las relaciones de género). Aquí, en todo caso, nos encontramos frente una tensión ética, teórica, política y metodológica. Landström (2007) plantea este asunto —aunque en una discusión sobre 'ensamblajes'— en los siguientes términos:

---

todo el proceso. Dan cuenta de su conocimiento sobre el procedimiento y, entre ellos —como una fraternidad que excluye a sus esposas—, se muestran seguros de su decisión.

[142] Aquí también hago referencia a los otros documentos audiovisuales relacionados con las Clínicas para el Hombre que uno consideraría inicialmente como materiales únicamente promocionales.

[143] Más adelante esta distinción entre descripción e interpretación será cuestionada.

> [El 'ensamblaje'] permite un análisis que no se compromete con alguna comprensión particular sobre lo que sería el género antes de investigar cómo es que se produce en circunstancias particulares. Sin embargo, el enfoque en sí mismo *apunta a la descripción más que a la crítica* y abandonar el género como un punto fijo que sustenta la crítica puede causar problemas a las feministas (p. 17).

Es decir, la inclinación descriptiva asume con cautela —incluso con desconfianza— cualquier definición *a priori* del género (incluyendo las distinciones a las que remite usualmente) para comprender un fenómeno. Sin embargo, esto podría implicar que la denuncia o comprobación de las (des)igualdades de género sea menos evidente o inmediata. En esta tesis, la inclinación descriptiva en la reconstrucción de la historia de las Clínicas para el Hombre permite mostrar las limitaciones que tendría una interpretación particular —sustentada en una distinción usual en la reflexión sobre el género— para comprender el proceso. Aquí, el argumento producido mediante la descripción resulta más persuasivo y estable que el que podría resultar mediante una crítica a la (des)igualdad de género. En todo caso, a partir de lo anterior, no pretendo establecer una defensa de la descripción sobre la interpretación para cualquier situación ni tampoco pretendo saldar una distinción entre conocimiento objetivo vs subjetivo. Con esta reflexión apunto a retos/problemas teóricos, éticos, políticos y metodológicos que seguirán estando vigentes para cualquier investigación sobre el género y la tecnociencia.

La descripción intentaría resolver un problema de quien interpreta: el "presentismo contemporáneo". Es decir, la valoración del pasado mediante juicios del presente (o la valoración de una situación mediante juicios que le son ajenos). Sin embargo, la descripción podría caer en un problema similar: el "presentismo del pasado". Aunque invita a no descontextualizar el objeto de estudio —y, por lo tanto, a no ofrecer juicios ajenos—, la descripción tendría el problema de estudiar el objeto *únicamente* con los elementos incluidos al interior de los contornos delimitados por el/la investigador/a. En otras palabras, el alcance de la descripción depende de los elementos existentes en el objeto de estudio, cuyos contornos fueron establecidos previamente por quien investiga. Por lo tanto, quien le apuesta a la interpretación podría defenderse expresando el siguiente reparo: ¿acaso los materiales de la descripción no sufren de "presentismo contemporáneo" debido a la delimitación inicial del objeto de estudio? En otras palabras, así como quien describe consideraría arbitrario formular juicios ajenos, ¿no es igualmente arbitraria la delimitación del objeto que se esperaría simplemente describir? Por ejemplo, en este documento, afirmar que no se puede decir nada sobre la (des)igualdad de género en el proceso de creación y desarrollo de las Clínicas para el Hombre podría ser el resultado del desconocimiento —y asimilación— de la (des)igualdad de género por

parte de los actores involucrados que, a su vez, ha sido asumida irreflexivamente por el autor de esta tesis (Luis Eduardo). Tal vez, si el tesista considerara elementos más amplios, generales o "estructurales" —lo que, claramente, modificaría los contornos de su objeto—, le sería posible conectar la interpretación de la masculinidad articulada por los profesionales de la salud con procesos de larga duración que den cuenta de las (des)igualdades de género. Por lo tanto, sería útil que recurriera a historias sobre la salud sexual y reproductiva masculina o femenina durante la época o a historias sobre la masculinidad contemporáneas a su objeto de estudio.

Frente a la anterior crítica, deseo ofrecer una reflexión adicional. El uso de historias "más generales" no exime a ningún investigador/a de reciclar representaciones o interpretaciones ajenas al objeto de estudio (por ejemplo, no evitó los problemas identificados en la investigación de Oudshoorn, al extrapolar los argumentos de Gilmore al caso colombiano). En últimas, la acusación de subjetividad o falta de complejidad (de desconocimiento de las relaciones de género) parece conducir a una espiral continúa y, por lo tanto, considero que el reto fundamental consiste en ofrecer argumentos/narraciones persuasivas que no ignoren simplemente las posibles tensiones éticas, políticas, teóricas y metodológicas de cualquier estudio que se realice. Ignorar la tensión puede implicar denunciar la subjetividad del otro y negarla/ocultarla para sí mismo. Espero haber mostrado en este acápite cómo mi propia subjetividad jugó un papel importante en mis deseos y contornos investigativos. Al final y al cabo, antes que encontrar "naturalmente" un ovillo o madeja de relaciones —lo que saldaría la disputa para los/as partidarios/as de cierta objetividad—, considero que el ejercicio clave consiste siempre en "hilar fino". Y aquí, como en cualquier otro texto, quien lee podrá juzgar si se ha visto persuadido/a.

⁂

Las representaciones sobre la masculinidad no son etéreas porque, entre otras, se incorporan en prácticas: en gestos, gustos y comportamientos cotidianos. Por ejemplo, el proceso autoreflexivo que caracteriza a la identidad de género surge de una negociación que rechaza o incorpora las representaciones que exceden al individuo y que, al mismo tiempo, lo constituyen. En todo caso, las prácticas no se reducen a las personas individualmente consideradas. También surgen y adquieren estabilidad en los ordenamientos institucionales. Por esta vía y en el marco de la escuela, una reflexión planteada por R. W. Connell, retomada por Mara Viveros (2002a), ayuda a esclarecer este asunto:

> Las escuelas son instituciones importantes en la construcción de las masculinidades. Como lo señala R. W. Connell, "el género está embebido en las disposiciones institucionales mediante las cuales funciona la escuela": relaciones de poder, divisiones de trabajo, patrones de autoridad, sistemas de símbolos, entre otras; y el conjunto de estas disposiciones conforma el régimen de género de una escuela […]. Los regímenes de género crean definiciones institucionales de masculinidad y los estudiantes participan de ellas por el simple hecho de interactuar en medio de estas estructuras (p. 197-198).

Aquí, el régimen de género o las estructuras de la escuela corresponden a arreglos normativos y prácticas estabilizadas y jerárquicas que requieren de la actualización cotidiana de quienes participan del espacio (profesores, estudiantes, directivos, etc.), sin embargo, no están referidas explícitamente al espacio físico. Precisamente, este último punto puede ser incorporado en las reflexiones teóricas sobre la masculinidad a partir de la historia de las Clínicas para el Hombre. En ese caso, la estructura de la masculinidad es, a su vez, la infraestructura del edificio. La masculinidad se materializaría o incorporaría no solo en las personas (individual o colectivamente consideradas) sino, también, en una edificación, en la producción y diseño de un espacio físico. En otras palabras, las Clínicas para el Hombre no son masculinas únicamente por las prácticas institucionalizadas que allí ocurren (por ejemplo, el uso de enfermeros y consejeros como prestadores del servicio inicialmente) sino, al mismo tiempo, porque su edificación corresponde y constituye una representación particular de la masculinidad. Tal como fue nombrada en Medellín, se trata de una Clínica Masculina. De esta forma, el carácter estructural de la masculinidad —que a veces remite a imágenes generales, amplias y, hasta cierto punto, abstractas de los procesos— puede concebirse de manera concreta: en los materiales de construcción y en la creación de espacios físicos, es decir, en la estabilidad y perdurabilidad de la masculinidad comprendida mediante las infraestructuras que la sostienen.

Para finalizar, me sorprende la ausencia de un referente teórico que, en todo caso, podría ser útil para las investigaciones consideradas en el primer capítulo —e incluso para esta tesis—: Pierre Bourdieu. Aunque Mara Viveros (2002a) lo considera en sus investigaciones sobre masculinidad que no están relacionadas directamente con la vasectomía y Ange La Furcia (2016) le otorga alguna mención, lo usual es que no sea una inspiración teórica para las distintas investigaciones. Sin embargo, las reflexiones de Bourdieu sobre el poder simbólico resuenan con un hallazgo clave del capítulo empírico (de alguna forma, lo que conocía de su obra me resonaba constantemente): las representaciones sobre la masculinidad que inspiran la creación de las Clínicas para el Hombre como conocimiento tácito o simplemente asumido por parte de los actores involucrados.

Haciendo uso de las palabras de Bourdieu, algo similar me ocurría al escuchar a los médicos partícipes en la creación de las Clínicas: "nunca he dejado de asombrarme ante lo que podría llamarse la *paradoja de la doxa*: el hecho de que la realidad del orden del mundo, con sus sentidos únicos y sus direcciones prohibidas, […] sea grosso modo respetado, que no existan más transgresiones o subversiones"[144] (Bourdieu, 2007, p. 11). Específicamente, me sorprendía la contundencia, naturalidad o automatismo con la que se expresaba, en repetidas ocasiones, cierta necesidad masculina que justificaba la provisión del servicio en espacios u horarios separados. Prácticamente me fue imposible encontrar una explicación pormenorizada sobre tal necesidad (y representación) por parte de los actores involucrados. Al fin y al cabo, asumían esa representación como un punto de partida incuestionado para la provisión del servicio anticonceptivo.

Al mencionar esa necesidad masculina particular, los médicos parecían enunciar un hecho lógico del comportamiento de los hombres. Así, actuaban en consecuencia: el ofrecimiento del servicio anticonceptivo debía responder a esa realidad, de lo contrario, los esfuerzos podrían ser infructuosos. Y mediante ese proceder, terminaron creando un servicio sustentado en una representación incuestionada (es decir, que ignoraba las posibilidades de ser transformada y, por lo tanto, que descartaba la posibilidad de ofrecer el servicio de otra manera). Esta interpretación de la historia de las Clínicas está inspirada por el siguiente pasaje teórico:

> El poder simbólico como poder de constituir el dato a través del enunciado, de hacer ver y creer, de confirmar o transformar la visión del mundo y, mediante eso, la acción sobre el mundo, por consiguiente, el mundo […] no se ejerce más que si es *reconocido*, es decir desconocido como arbitrario (Bourdieu, 2000, p. 98).

En otras palabras, la persistencia del orden del mundo se asegura mediante la aceptación inmediata de la lógica de ese mismo mundo (que es una forma particular de comprenderlo y aprehenderlo). Esa aceptación inmediata desconoce que la lógica existente es producida históricamente y, por lo tanto, desconoce la arbitrariedad —en contraposición a su pretendida y asegurada naturalidad— que le es propia. Así, la representación sobre la masculinidad se muestra como un hecho básico que no puede ser negado (ni transformado); se impone y termina aceptándose casi con resignación —como cuando se suele afirmar lo siguiente: "así son los hombres"—. Esa aceptación automática podría

[144] Los énfasis en cursiva de las citas de Bourdieu son originales del texto.

denominarla el "cinismo de la realidad". Finalmente, para comprender la fuerza de la persistencia de esa representación se necesitaría una investigación adicional, de forma que uno pueda "preguntarse, en efecto, cuáles son los mecanismos *históricos* responsables de la *deshistorización* y de la *eternización relativas* de las estructuras de la división sexual y de los principios de división correspondientes" (Bourdieu, 2007, pp. 7-8). Es decir, en relación con esta investigación, sería necesario hacer una indagación histórica que permita entender por qué se concibe la separación de espacios y prácticas entre hombres y mujeres cuando se involucran asuntos relativos a la salud sexual y reproductiva de las personas.

4. Conclusiones

La provisión del servicio de vasectomías de Profamilia durante los dos periodos estudiados (1970-1974 y 1985-1994/1998) no puede ser comprendida si se ignoran las representaciones sobre la masculinidad articuladas por los distintos actores involucrados. La forma particular que adquiere el ofrecimiento de servicios responde a una comprensión específica de la masculinidad. A su vez, una vez creados los servicios de vasectomías, éstos constituyeron un espacio (físico y social) en el que la masculinidad circulaba, se reforzaba y adquiría nuevos matices. Por lo tanto, los servicios producidos son, al mismo tiempo, causa y efecto de la representación de la masculinidad que articularon los actores involucrados en ambos periodos. Al final, más que una clara distinción, existe un proceso de confluencia entre lo médico y lo cultural.

Aunque la masculinidad y la provisión de los servicios de vasectomías sean indisociables, este proceso no implica que uno u otro (masculinidad o provisión del servicio) se hayan originado y producido al mismo tiempo. Las representaciones sobre la masculinidad articuladas en cada caso pueden provenir de una trayectoria anterior y más extensa en comparación con la novedad que implica la creación de los servicios anticonceptivos. Su trayectoria, en todo caso, confluyó en el campo de acción de ofrecimiento de vasectomías gracias a diferentes actores que la incorporaron en sus prácticas y razones médicas. Así, atraídas por esos actores, confluyen en una temporalidad que da vida a una nueva realidad: el programa pionero de vasectomías en Colombia (años 70) o la creación de las Clínicas para el Hombre como espacios e infraestructuras novedosas para el ofrecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente, vasectomías (durante los años 80 y 90). Una vez creadas esas nuevas realidades, la representación particular que las inspiró tiene un nuevo espacio de alojamiento y, además, tiene una nueva oportunidad para circular, existir y no perecer. Sin embargo, la representación ya no se comporta de la misma forma; ya no responde únicamente a las prácticas y razones médicas. Ahora, en boca de los hombres-usuarios de los servicios, la representación adquiere una historia de vida renovada. En los distintos espacios de provisión del servicio (entrevistas-requisitos o Clínicas), los hombres-usuarios de los servicios

pronuncian y demandan aquella representación que inspiró los espacios que habitan. De alguna forma, las representaciones son recicladas en este proceso: se produce un círculo productivo de servicios y representaciones. Una vez las representaciones viven más allá de los espacios de provisión del servicio, es decir, una vez viven también en los hombres que circularán en otros espacios de la realidad más allá de las clínicas, tienen la posibilidad de ser atraídas por otros actores en otros campos de acción. De esta forma, su trayectoria, aunque atraída por el campo 'gravitacional' de producción de los servicios de vasectomía, podrá continuar su recorrido en otros lugares. Este proceso, sin embargo, no deja incólume a ninguna parte. No solo se crearon *nuevos* espacios y formas de proveer el servicio de vasectomías sino que, a su vez, se produjo una *nueva* incorporación de las representaciones en los hombres que hicieron uso de los servicios ofrecidos. La novedad y la renovación confluyen para crear realidades particulares sin implicar que su 'proceso de vida' culmine y finalice todo al mismo tiempo.

Por lo anterior, el segundo capítulo insiste en el prefijo *-re* al describir los procesos de producción de las realidades. Más que dar cuenta de una temporalidad con inicios y finales claros, insiste en la repetición cotidiana que necesita cualquier proceso para sostenerse en el tiempo. Este énfasis en la repetición, sin embargo, es perceptible con mayor claridad al finalizar cada uno de los apartados de ese capítulo. En todo caso, más que transmitir la imagen de un *todo*, cuyos contornos estarían claramente delimitados y que se estaría produciendo al mismo tiempo, preferí resaltar lo concreto y particular (la repetición cotidiana) que, en ese mismo ejercicio, mantiene la confluencia de sus elementos y posibilita su existencia en un tiempo limitado. Por eso decidí, más por intuición y para permitirme un ejercicio reflexivo personal, no insistir en una metáfora propia del campo de estudios: la coproducción.

Concibo mis dos periodos de estudio como campos de confluencia de relaciones, en donde diferentes trayectorias se encuentran y se mantienen por voluntad, dedicación, necesidad e inercia de distintos actores y procesos involucrados. De alguna forma, son esos tiempos y energías personales e institucionales (sociales y materiales) los que mantienen a un proceso vivo. Sin embargo, esa confluencia también puede ser frágil y, por lo tanto, dar lugar a la dispersión (es contingente históricamente). En algún momento, la repetición (por parte de personas e instituciones) dejó de acontecer: hoy en día ya no se requieren tres entrevistas previas a la operación ni existen las Clínicas para el Hombre. Sin embargo, antes de que esto sucediera, distintos elementos, de naturaleza aparentemente distinta (la masculinidad 'cultural' y las razones 'médicas'), confluyeron para posibilitar la existencia de los servicios de Profamilia tal como los conocimos a lo largo de esta tesis

y como existieron durante el siglo pasado. En otras palabras, durante los periodos bajo estudio se produjo una *amalgama* particular de diferentes elementos que, precisamente por ello, dieron lugar a un nuevo proceso histórico: hombres que habían sido intervenidos mediante una vasectomía de una forma particular y una forma de proveer el servicio de vasectomías sin precedentes en el país. Particularmente, durante los años 70, asistimos a la existencia pública de un nuevo hombre en Colombia: aquel que había visto modificadas algunas estructuras corporales para evitar seguir siendo fértil. Así, presenciamos la aparición de hombres vasectomizados (lo mismo sucede durante los años 80 y 90, aunque para ese entonces ya no se trata de una completa novedad). Además, estos hombres hicieron parte y habitaron unos espacios que habían sido propuestos teniendo presente una comprensión particular de la masculinidad. Como fue ampliamente explicado en el segundo capítulo, se trató de la provisión de los servicios de vasectomías inspirados en ciertas representaciones sobre la masculinidad. Es decir, en ambos periodos también asistimos a la producción de unas vasectomías masculinizadas.

Intentando evitar lecturas retrospectivas sobre los procesos históricos, esta investigación buscó seguir atentamente los recuentos de los actores involucrados. Con ánimo descriptivo, intentó ser fiel a la comprensión y acción de los distintos actores. Esta inclinación particular mostró algunas fortalezas y debilidades. La fortaleza consiste en ofrecer una crítica al uso de una distinción usual que ha adquirido fuerza en la comprensión de las relaciones de género: la distinción femenino-privado/masculino-público. Como pudo leerse en la crítica a la interpretación que ofrece Oudshoorn sobre las Clínicas para el Hombre, esa distinción usual terminó subordinando la comprensión del proceso histórico y, así, le permitió a la autora únicamente una interpretación afín a aquella distinción. Es decir, los hallazgos empíricos que apuntaban en otra dirección —y que fueron recogidos por Oudshoorn— quedaron relegados a un papel secundario en su comprensión. Por el contrario, la descripción ofrecida en esta tesis (escuchando atentamente a los actores involucrados) mostró que aquellos hallazgos, en realidad, constituían aspectos centrales en la creación e inspiración de las Clínicas para el Hombre. Específicamente, se mostró que una necesidad masculina tácita/asumida había sido la inspiración para la creación de las Clínicas (y no tanto la distinción público/privado). Sin embargo, el ánimo descriptivo no permitió —en el caso de las Clínicas—, comprender e identificar posibles (des)igualdades de género involucradas. Al final se presenta una tensión que ha sido resaltada por algunas autoras (Landström, 2007; Oudshoorn, 2003b): para identificar y denunciar una relación de poder o de desigualdad en términos de género se requiere que la definición con la cual se trabaja permita observar esos aspectos en los procesos estudiados. Sin embargo, si se tiene una inclinación afín a la coproducción (o a la amalgama de procesos), que apunta

a un ejercicio descriptivo ya que asume con cautela cualquier distinción previa sobre la ciencia, tecnología o cultura, es necesario que exista una dosis de escepticismo frente a las distinciones usuales que se plantean para comprender las relaciones de género. De esta forma, esas distinciones deberían quedar 'en pausa' (sin ignorarlas) cuando se estudia algún proceso particular. La consecuencia de esta inclinación teórica podría ignorar más fácilmente las relaciones de poder o desiguales en un caso particular, aunque teniendo como ganancia —en el caso de las Clínicas— una comprensión más detallada y articulada sobre el desarrollo de ese proceso histórico. Finalmente, es importante aclarar que lo anterior no permite hacer una extrapolación a otras situaciones. Sin embargo, este caso específico muestra muy bien las tensiones descriptivas, interpretativas, éticas y políticas que deberá sortear cualquier investigador/a que desee abordar temas similares.

La anterior discusión, en todo caso, no impide que esta investigación sea capaz de resaltar procesos de desigualdad de género y, contrario a la imagen inicial que podría transmitir, no conduce a negar las condiciones subjetivas de quien produjo la investigación. Es decir, el ánimo descriptivo no apunta a la neutralidad valorativa ni a una comprensión 'más fidedigna' de los fenómenos. Al final del tercer capítulo es claro que las pretensiones iniciales de la descripción, al intentar no presuponer distinciones entre ciencia, tecnología o cultura, entran en tensión con la producción de la subjetividad del investigador y, de esta forma, se reconoce una de sus posibles debilidades. Es decir, la descripción no está exenta de producir los juicios ajenos que se denuncian en una inclinación interpretativa. Esto se debe a que los contornos que delimitan el objeto de estudio traen consigo una distinción retrospectiva de lo que se espera investigar y, por lo tanto, los juicios ajenos vuelven a incorporarse en el proceso investigativo. En todo caso, esta crítica no conduce a denunciar un 'mal persistente' sino, más bien, invita a producir recuentos persuasivos y detallados sobre los procesos bajo estudio sin ignorar los retos éticos, políticos e interpretativos de quien investiga (sumado a la necesidad de enunciar la propia reflexividad en los procesos investigativos).

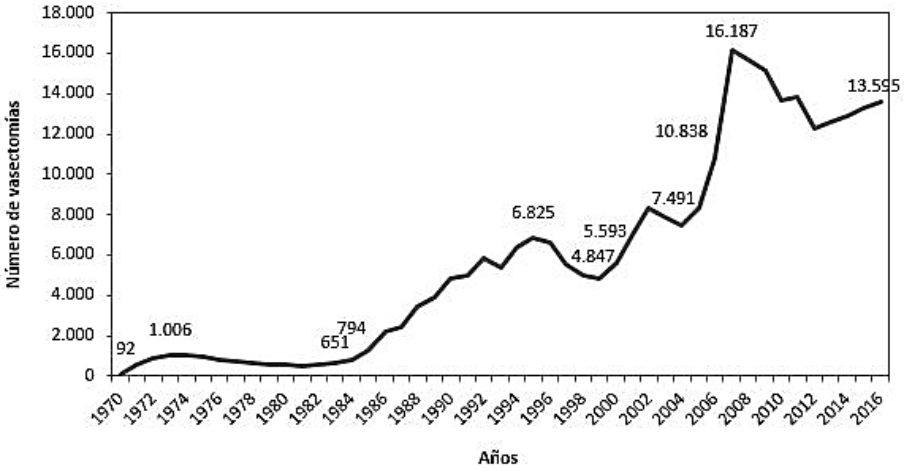
Finalmente, esta tesis demuestra que el saber médico claramente considera los aspectos culturales involucrados en sus prácticas. Por lo tanto, la crítica que a veces se formula contra el saber médico, al afirmar que no considera o ignora los aspectos sociales o culturales involucrados en la salud sexual y reproductiva, en realidad, requiere cualificarse y precisarse mejor. Esta historia particular sobre la vasectomía en Colombia muestra que el asunto no se reduce a la incorporación o no de ciertas representaciones sobre la masculinidad sino, más bien, a las prácticas y efectos concretos que se producen al incorporar ciertas representaciones. En el caso particular de las Clínicas para el Hombre, la necesidad asumida sobre el comportamiento masculino parece constituir una representación más

sólida y estable que el concreto mismo que sostenía a las Clínicas y, en todo caso, esa infraestructura ofreció un nuevo espacio que afianzó y solidificó aquella representación. Parece tratarse de una "suposición firme", como lo describe Deborah Gordon[145]. El resultado de esta firmeza no solo implicó que el servicio de vasectomías se ofreció de una forma particular sino que, además, terminó cerrando la posibilidad de ofrecer alternativas para la prestación del servicio. Resonando con la comprensión del poder simbólico en Bourdieu, la necesidad masculina constituyó un conocimiento asumido de forma lógica e inmediata que impide, al mismo tiempo, considerar las posibles razones de su existencia y, en últimas, que ignora la historia que produce su aparente naturalidad. Por lo tanto, la preocupación interpretativa debería invitarnos a reconocer cuál(es) son las representaciones articuladas en cada caso y qué efectos producen y la pregunta ética/política nos invita a considerar cuál(es) son las representaciones que quisiéramos articular para producir qué tipo de efectos. Por ello la discusión no se reduce a la presencia o ausencia de representaciones de género (u otro tipo) en el saber y práctica médicas.

[145] Gordon, Deborah R. (1988). "Tenacious Assumptions in Western Medicine", en Biomedicine Examined, editado por Margaret Lock y Deborah Gordon, 19-56. Kluwer Academic Publishers.

A. Anexo: Estadísticas de realización de vasectomías en Profamilia

A continuación, ofrezco un breve recuento del comportamiento estadístico de la realización de vasectomías en Profamilia durante el periodo de esta investigación (1970 hasta, aproximadamente, mediados de los 90). A partir de 1970, el número de vasectomías realizadas en Profamilia comenzó a aumentar. Sin embargo, poco tiempo después, una vez introducida la ligadura de trompas, ese número comenzó a disminuir. Esa tendencia se mantuvo hasta 1982, cuando aumentaron tímidamente. A partir de 1985 (coincidiendo con la apertura de algunas Clínicas para el Hombre), el número de vasectomías comienza a crecer notablemente. En ese año se supera el mayor número de vasectomías anuales que había realizado la institución hasta la fecha (1241 vasectomías en 1985 contra 1064 vasectomías en 1974). En 1993-1994 se presenta una pequeña disminución debido, tal vez, al cierre de algunas Clínicas para el Hombre de menor tamaño. Solo hasta 1996-1997 el número de vasectomías vuelve a tener una caída notable. La información estadística detallada y general puede visualizarse en las siguientes tablas y gráfico:



Fuente: (Sánchez-Molano et al., 2019b, p. 70)

VASECTOMIAS
TABLA Nº 2

Años	Número	Dif %
1971	587	—
1972	866	47.5
1973	1.006	16.2
1974	1.064	5.8
1975	930	— 12.6
1976	776	— 16.6
1977	714	— 8.0
1978	658	— 7.8
TOTAL	6.601	—

Fuente: (Pérez Rubio & Posada Vidales, 1979, p. 79)

Tabla 1 NUMERO DE ESTERILIZACIONES REALIZADAS POR PROFAMILIA ENTRE 1972 Y 1990. COLOMBIA

	FEMENINAS		MASCULINAS	
FECHA	No.	ACUMULADO	No.	ACUMULADO
1970	-	-	92	92
1971	-	-	587	679
1972	31	31	866	1545
1973	482	513	1006	2551
1974	2628	3141	1064	3615
1975	8397	11538	930	4545
1976	18044	29582	776	5321
1977	37090	66672	714	6035
1978	40352	107024	658	6693
1979	47646	154670	579	7272
1980	35074	189744	566	7838
1981	37632	227376	480	8318
1982	49242	276618	549	8867
1983	50619	327237	651	9518
1984	45085	372322	794	10312
1985	45679	418001	1241	11553
1986	59681	477682	2201	13754
1987	56787	534469	2436	16190
1988	64549	599018	3400	19590
1989	67558	666576	3924	23514
1990	67708	734284	4754	28268

Fuente: (Ordoñez Gómez, 1994, p. 114)

B. Anexo: Información general sobre las entrevistas

La información general que presento aquí sobre cada una de las personas entrevistadas está sustentada en las mismas entrevistas y en documentos publicados que corroboran la información. A lo largo de la tesis y ofreciendo información más detallada, esas fuentes son debidamente referenciadas, por lo que aquí no se hará alusión a ellas.

La inmensa mayoría de las personas me autorizaron para grabar las entrevistas, hacer uso de apartados en la tesis y utilizar su nombre en la escritura de este documento. Otras, aunque amablemente me permitieron entrevistarlas, no autorizaron la grabación ni el uso de sus nombres. A continuación presento, en términos generales, a las personas que me compartieron su conocimiento y experiencia:

Aníbal Castañeda
(ENT/AC/1) y (ENT/AC/2)

Médico ginecólogo. Director de la Clínica de Profamilia-Medellín desde 1968 hasta 1996. Amigo y colega de Jesús de los Ríos Osorio, médico urólogo, quien fue director de la Clínica para Hombres de Profamilia-Medellín (aunque él trabajó en la institución desde 1971). Junto con Jesús de los Ríos impulsaron y crearon la Clínica para el Hombre de Medellín.

La primera entrevista la realicé el 28/04/2023 (ENT/AC/1) y la segunda el 21/06/2023 (ENT/AC/2).

Efraín Patiño
(ENT/EP)

Asesor/consejero en asuntos de salud sexual y reproductiva en la Clínica para el Hombre de Profamilia-Bogotá. Trabajó en la institución desde 1984 hasta 2020. Aparte de las asesorías relativas a anticoncepción masculina, también asesoró a usuarios en asuntos de VIH-SIDA. Sin duda alguna, vivió de primera mano muchos de los procesos fundamentales recogidos en esta tesis.

La única entrevista la realicé el 17/05/2023 (ENT/EP).

Arturo Arenas Arévalo
(ENT/AA/1) y (ENT/AA/2)

Médico urólogo. Realizó vasectomías en la Clínica para el Hombre de Profamilia-Medellín desde 1984 hasta su retiro en 2021. Amigo y colega de Jesús de los Ríos Osorio, quien lo inició en los asuntos de planificación familiar y anticoncepción. Junto con Jesús de los Ríos, ha publicado varios artículos de investigación sobre vasectomía en Colombia.

La primera entrevista la realicé el 25/04/2023 (ENT/AA/1) y la segunda el 03/06/2023 (ENT/AA/2).

Alcides Estrada
(ENT/AE)

Asesor médico de la Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AVSC, por sus siglas en inglés), al menos desde 1987. La AVSC cerró su oficina en Bogotá-Colombia en 2003. Participó en seminarios de anticoncepción quirúrgica voluntaria auspiciados por esa organización. Debido al tiempo en que se desempeñó como asesor médico, conoció de primera mano la participación y apoyo de la AVSC en las iniciativas de Profamilia relativas a vasectomía.

La única entrevista la realicé el 22/06/2023 (ENT/AE).

Fernando Gómez
(ENT/FG)

Director de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la AVSC (ubicada en Bogotá-Colombia). Trabajó para la AVSC desde 1982 hasta 1994-1995. Conoció y apoyó, de primera mano, la participación de la AVSC en las iniciativas de Profamilia relativas a vasectomía.

La única entrevista la realicé el 03/07/2023 (ENT/FG).

Diana Torres
(ENT/DT/1) y (ENT/DT/2)

Médica uróloga. Ha trabajado en Profamilia-Bogotá desde 1998 hasta hoy. Sin duda, es la cara visible de los servicios contemporáneos de vasectomía ofrecidos por Profamilia.

La primera entrevista la realicé el 05/11/2021 (ENT/DT/1) y la segunda el 05/08/2023 (ENT/DT/2).

Pío Iván Gómez
(ENT/PIG)

Médico ginecólogo. Asesor médico de la AVSC. Conoce de primera mano la historia de esa organización durante los últimos años en los que tuvo la oficina regional en Colombia. Colaboró en la creación de la Guía Ilustrada para Cirujanos en Vasectomía sin Bisturí y en la redacción de varias Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, especialmente aquellas relativas a anticoncepción. Para la tesis, recurro a mis notas.

La única entrevista la realicé el 21/05/2023 (ENT/PIG).

Anónimo
(ENT/NN)

A lo largo de la tesis utilizaré el masculino para referirme a esta persona. Su seudónimo será Nicolás Núñez (NN). Profesional de las áreas de la salud que trabajaba en Profamilia-Bogotá durante los años clave de la creación y desarrollo de la Clínica para el Hombre, así como de la introducción de la técnica sin bisturí para la realización de las vasectomías en la institución. Para la tesis, recurro a mis notas.

La única entrevista la realicé el 27/06/2023 (ENT/NN).

Debido a que fallecieron o no fue posible contactarlos, algunos actores clave no fueron entrevistados: Miguel Trías, Fernando Tamayo, Jesús de los Ríos Osorio y Cecilia Cadavid. La información sobre ellos, así como de quienes entrevisté, se detalla a lo largo del documento de tesis.

C. Anexo: Una posible investigación futura

A lo largo del documento he indicado posibles rutas de investigación. Por ejemplo, la necesidad de investigar las campañas de promoción de vasectomías en Profamilia o comparar las representaciones de género que Profamilia articuló en el ofrecimiento de ligaduras de trompas durante los mismos años en los que se realizó esta investigación. De esta forma, se puede tener una imagen más completa del contexto en el que se ofrecían vasectomías. Esto puede ayudar a matizar o reforzar los argumentos aquí planteados. Sin embargo, existe un asunto que me interesa particularmente: la discusión sociotécnica sobre el procedimiento quirúrgico.

En 1988 Profamilia introduce en el país una nueva técnica para realizar vasectomías: la técnica sin bisturí (Dáguer & Riccardi, 2005, p. 86; de los Ríos Osorio, 2004, p. 26; Galvis, 1995, p. 155). Como su nombre lo indica, ya no se requería usar un bisturí para hacer la incisión inicial y, de esta forma, acceder a los conductos deferentes. Básicamente, la técnica sin bisturí (VSB) cambia el instrumental con el cual se realiza la operación. No entraré aquí en detalles técnicos, sin embargo, la nueva técnica suele ser presentada como superior en varios aspectos: menores infecciones postoperatorias (sangrados o hematomas) o menor duración de la operación. Urólogos de la Clínica de Bogotá consideraban que la anterior técnica (o técnica tradicional) fue "claramente superada por la técnica sin bisturí" (Pérez Niño & Daza Milkes, 1995, p. 37), sin embargo, un manual de capacitación en la nueva técnica tenía una opinión menos contundente: "informe que hay más semejanzas que diferencias entre la vasectomía de incisión y la VSB" (Kopp, 1996b, p. 36). Una de esas semejanzas consistía en la técnica de oclusión de los conductos deferentes. Es decir, sin importar si se trataba de la técnica tradicional o nueva, es posible realizar la misma técnica de oclusión (Kopp, 1996b). Aquí hay un punto de suma importancia: la técnica de oclusión consiste en la forma de abordar, cortar o incidir sobre los conductos deferentes para evitar que haya posibles recanalizaciones futuras. Es decir, se trata de la técnica fundamental para garantizar que una vasectomía produzca esterilidad.

Por el contrario, la VSB o la técnica tradicional son las formas de incidir sobre el escroto para posibilitar el posterior acceso a los conductos deferentes (no involucran específicamente la oclusión de los conductos). Sin embargo, la técnica de oclusión de los conductos deferentes no suele recibir mucha atención (en contraposición a la técnica sin bisturí). En todo caso, en las investigaciones urológicas realizadas en Colombia, la oclusión ha sido un asunto fundamental, especialmente la realización de una interposición de fascia para evitar la recanalización de los conductos deferentes (de los Ríos Osorio et al., 1994; Miranda Claro et al., 2020).

Los anteriores elementos ponen de presente, de forma provisional, que la aparente superioridad de la VSB requiere ser considerada con más detalle. Al menos, la misma discusión médica ofrece matices para no concebir de forma tan inmediata a la VSB como una técnica superior. En todo caso, la técnica fue implementada en el país por Profamilia (hasta donde tengo entendido, fue pionera también en ese proceso). Por lo tanto, un asunto que queda por investigar es el proceso de implementación de la técnica en el país y las discusiones médicas que podrían haberse dado durante ese proceso. Al respecto, es posible ofrecer algunos elementos preliminares.

En algunos documentos técnicos se hacen otras menciones sobre la importancia de la VSB. En este punto, la discusión sobre la masculinidad comienza a adquirir sentido. En una guía ilustrada para capacitar cirujanos en la VSB se afirma que "debido a que no se practica incisión, se piensa que este procedimiento disminuye los temores de los hombres con respecto a la vasectomía" (Gonzáles et al., 1999, p. 5). Básicamente, una "ventaja de la VSB es que puede reducir el miedo de los hombres a la vasectomía" (Kopp, 1996b, p. 37). Lo mismo se afirma en el Anexo 3 (Vasectomía) de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres (Resolución 412 de 2000)[146]. Es decir, existen indicios para considerar que la implementación de la técnica en el país involucró una preocupación sobre la aceptabilidad de los hombres al procedimiento. Además, lo que hace interesante a las anteriores menciones es que se trata de documentos dirigidos a la comunidad médica o a los tomadores de decisiones (y no a los usuarios directamente). Así, parece existir una discusión sociotécnica sobre el procedimiento quirúrgico. Como algunas investigaciones del primer

[146] Se afirma explícitamente: "adicionalmente es más atractiva para los hombres que temen la incisión". El Anexo puede ser consultado aquí (la página de internet donde lo consulté inicialmente está caída): https://drive.google.com/file/d/1Hb5nLgAxWA1EioMbY3IHc965TDVOzARy/view?usp=sharing

capítulo lo habían sugerido para otros contextos (Gutmann, 2016; Shropshire, 2014), parece que la introducción de la VSB puede obedecer a consideraciones sobre la masculinidad. Sin embargo, es importante que una investigación que se realice en esta ruta no parta de la distinción usual entre discusiones técnicas y culturales (sobre la masculinidad) y, además, que considere el proceso en una escala global, ya que la técnica no se crea en Colombia y su introducción en diversas partes del mundo ocurrió al mismo tiempo (Gonzales, 2014).

A partir de este caso, es posible explorar algunas preguntas: si la técnica sin bisturí parece no importar a la luz de la recanalización de los conductos deferentes y, por lo tanto, no parece afectar un asunto fundamental de una vasectomía (producir esterilidad), entonces, ¿por qué valió la pena hacer esfuerzos para implementarla en el país? ¿Es tan superior en términos de disminución de complicaciones postoperatorias (al parecer, su ventaja técnica más importante) como para que valiera la pena introducirla en el país y usarla? ¿Qué papel juegan las representaciones sobre los hombres usuarios en la legitimación de su implementación? A modo de hipótesis podría sugerir: la "incisión" que posibilita la vasectomía sin bisturí incide, a su vez, en los temores masculinos y, de esta forma, intentaba hacer estéril (en términos de importancia) cualquier miedo que tuvieran los hombres al "corte".

D. Anexo: El proyecto inicial de tesis

Como parte de los requisitos formales, anexo el proyecto aprobado inicialmente. No es necesario (ni pertinente) leerlo, salvo que deseen comprobar los cambios y transformaciones por los que transita un proceso investigativo.

Reconfigurando la masculinidad y la vasectomía.

Campañas de promoción de vasectomía en Colombia (1971 y 2019)

Luis Eduardo Muñoz Soto

Resumen Ejecutivo

El estudio de la vasectomía y la masculinidad en Colombia ha descuidado las campañas de promoción. Estas ofrecen una oportunidad interesante para el análisis de la coproducción y reconfiguración de ambos aspectos. En ellas, las negociaciones sobre la provisión de los servicios, así como de las identidades masculinas juegan un papel central. Además, en contraposición a una perspectiva usual, estas campañas sostienen el procedimiento que se lleva a cabo en el consultorio; son fundamentales.

A través de una revisión bibliográfica sobre las relaciones entre masculinidad y vasectomías, la historia general de los métodos anticonceptivos y la promoción de los mismos, se plantea la necesidad de reconstruir la historia temprana de la vasectomía en Colombia, establecer líneas de continuidad o discontinuidad entre la historia pasada y la historia contemporánea, para así, finalmente, contribuir al desarrollo y comprensión de las relaciones entre tecnologías reproductivas y relaciones de género.

Planteamiento del Problema

La vasectomía en Colombia, como método anticonceptivo ofrecido al público, se remonta a febrero de 1970 (Goldsmith, Echeverría & Goldberg, 1973, p. 497). El servicio se ofreció por parte de Profamilia. En la literatura general sobre vasectomía en Colombia, se sabe muy poco acerca de su historia temprana, especialmente acerca de sus campañas de promoción (por radio y televisión)[1]. Aún no existe claridad acerca de si en las campañas radiales iniciadas por Acción Cultural Popular y Radio Sutatenza, a principios de los años 70, participó Profamilia (Roldán, 2014) o no (Lopera, 2016). Por otra parte, el único material que he conseguido de las campañas televisivas corresponde a un programa llamado "Are you listening?", dirigido por Martha Stuart en 1971[2]. En la revista International Family Planning Perspectives se pueden encontrar algunos trabajos que, a lo largo de las décadas, se han preocupado por la promoción de la vasectomía en Colombia[3]. Además, en una revista institucional de Profamilia (Profamilia: planificación, población y desarrollo) se afirma

que en 1989 se llevó a cabo el primer entrenamiento grupal en vasectomía sin bisturí[4]. Finalmente, el año pasado se llevó a cabo en Colombia jornadas de esterilización masculina en varias ciudades capitales[5]. En principio, las primeras y últimas campañas (de las cuales he conseguido información) son aspectos inexplorados de las campañas de vasectomía en el país.

El énfasis en las campañas de promoción se debe, en primer lugar, a un ámbito inexplorado en la literatura sobre vasectomía en el país que, sin embargo, en segundo lugar, ofrece un espacio privilegiado para analizar la constitución de las identidades masculinas, a juzgar por los textos que así lo han trabajado[6]. Por lo tanto, las campañas ofrecen un ámbito de análisis para el estudio de la coproducción de la vasectomía y la masculinidad. Aún cuando pueda pensarse que el espacio de la promoción es irrelevante respecto a la eficacia del mismo procedimiento, en este texto se intenta explorar la manera en que sin esas campañas sería imposible sostener la cirugía que se realiza en los consultorios. Además, las campañas son un elemento fundamental para hacer de la vasectomía una tecnología de control poblacional.

Por lo anterior, la pregunta de investigación planteada es: ¿cómo se coproducen las vasectomías y masculinidades en las primeras y últimas campañas de promoción de vasectomía en Colombia? Al final del proyecto espero contribuir al campo de estudio de las relaciones entre masculinidad y tecnologías reproductivas, mediante un enfoque que reconstruya los procesos y las relaciones de producción entre ambos "polos".

Estado del Arte

Las relaciones entre vasectomía y género

Una primera línea de aproximación proviene de algunos trabajos pertenecientes a las ciencias de la salud[7]. Aquí, las relaciones entre vasectomía y género se plantean en torno al concepto de estereotipos de género. La mayoría de los trabajos intentan dar cuenta de los estereotipos presentes en distintos grupos de hombres. Se afirma que la provisión de servicios de planificación familiar busca disminuir las relaciones desiguales de género (Torres & Vergara, 2013; Sánchez, Forero & Rivillas, 2019a, 2019b) y que parte del rechazo de los hombres a la vasectomía se debe a su creencia en algunos mitos, por ejemplo, pérdida de potencia sexual (Torres & Vergara, 2013), así como al desconocimiento sobre el procedimiento (Torres & Vergara, 2013; Vidal & Garzón, 2013); desconocimiento que también incluye a estudiantes (Torrado, et. al, 2019) y personal médico (Torrado, et. al, 2019). A diferencia de los demás trabajos, Sánchez, Forero & Rivillas (2019a, 2019b), mediante el estudio descriptivo de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 (ENDS), indagan los estereotipos de género presentes en hombres vasectomizados y no vasectomizados. En general, la mayoría de los hombres vasectomizados no están de acuerdo –a diferencia de los hombres no vasectomizados– con ciertas afirmaciones estereotípicas. Sin embargo, algunas afirmaciones, sin importar el grupo de hombres, reciben aceptaciones muy similares y, en pocos casos, los hombres vasectomizados están de acuerdo con afirmaciones estereotípicas más que aquellos hombres no vasectomizados (Sánchez, Forero & Rivillas, 2019b, p. 73-74; Sánchez, Forero & Rivillas, 2019a, p. 17).

Los anteriores trabajos arrojan elementos importantes a considerar. En algunos se plantea que la información que tienen los hombres sobre el procedimiento parece ser una variable independiente a su aceptación (Torrado, et. al, 2019; Vidal & Garzón, 2013). Por lo tanto, la decisión que implica llegar a ser vasectomizado puede recorrer "canales" adicionales. También es importante resaltar que, desde el principio, no es posible establecer una contraposición absoluta entre la vasectomía y los estereotipos de género; estos pueden prevalecer aún en hombres vasectomizados (Sánchez, Forero & Rivillas, 2019a, 2019b).

Una segunda línea de aproximación proviene de algunos trabajos pertenecientes a las ciencias sociales[8]. En términos generales, los trabajos se han preocupado por las motivaciones y el proceso decisional respecto a la vasectomía. Se da cuenta de las representaciones sociales y el proceso llevado a cabo, sobre todo, en la dinámica conyugal. En el caso colombiano, en el texto de Mara Viveros (2009) se recogen las reflexiones planteadas en todos los anteriores trabajos en Colombia. En contraposición a la literatura de la línea de las ciencias de la salud, Viveros (2009) ofrece una aproximación crítica del saber médico con relación a la vasectomía. Primero, sobre las relaciones más generales entre métodos anticonceptivos y género, partiendo de las reflexiones feministas, afirma que se ha construido una "cultura femenina anticonceptiva", que ha hecho de las mujeres únicas responsables (en términos prácticos) del control de la fecundidad, así como de las decisiones reproductivas (Viveros, 2009, 13-15). Esta misma aproximación es compartida por los demás trabajos de esta línea. Segundo, el reduccionismo del saber médico en el acercamiento a la sexualidad (Viveros, 2002, p. 320) desconoce los procesos complejos de toma de decisión y, en el caso de los orientadores del servicio de salud, construye una imagen idealizada de los usuarios que, en el ofrecimiento de los servicios, implica que recurran a elementos hegemónicos como no hegemónicos de la masculinidad (Viveros, Gómez & Otero, 1998). Mediante un enfoque biográfico, la autora da cuenta de la importancia de distintos actores (pareja, orientadores y amigos/conocidos) en el proceso decisional, lo que le permite afirmar que la vasectomía puede ser utilizada y estar presente en relaciones de pareja que constituyan tanto relaciones democráticas como jerárquicas (Viveros, 2009, p. 23). Además, le permite afirmar la importancia fundamental de las parejas como iniciadoras del proceso de decisión; esta afirmación es compartida por Gutmann (2007, 2004).

Adicional al trabajo de Viveros, Gutmann realizó diferentes etnografías y análisis de registros clínicos. Su interés consiste en dar cuenta de las nociones sobre salud y sexualidad masculinas presentes en los distintos actores (pacientes, médicos/as, parejas), lo que le permite afirmar la existencia de una noción medicalizada sobre estos aspectos que, además, ha naturalizado la sexualidad masculina como incontrolable (Gutmann, 2004). Como se mencionó anteriormente, ofrece una aproximación crítica al saber médico. Finalmente, el trabajo de Cragun & Sumerau (2017), mediante la autoetnografía de la experiencia de ser vasectomizado por parte de uno de los autores, pretende ampliar las consideraciones usuales que se han hecho sobre vasectomía y masculinidad: centradas en los procesos de decisión, los efectos para la salud y las experiencias del procedimiento en sí mismo (Cragun & Sumerau, 2017, p. 106). En este sentido, busca ampliar los horizontes explorados por los trabajos anteriores. El autor se centra en las distintas formas, en distintos momentos (por ejemplo, días después de realizada la vasectomía), en las que los hombres intentarían reclamar o reforzar su hombría (en algunos casos actuando de maneras no seguras) (Cragun & Sumerau, 2017, p. 111-112).

Es importante considerar algunas cuestiones presentes en estos trabajos. La crítica al saber médico, presente en los trabajos de Mara Viveros (como autora o coautora) y Matthew Gutmann, consiste en su limitación respecto al fenómeno de la sexualidad masculina. En otras palabras, el saber médico desconoce los aspectos sociales y culturales que hacen parte de la experiencia de la sexualidad masculina. Por otra parte, aunque ambos reconocen "el contexto amplio" de toma de decisiones, sus trabajos se enfocan en solo algunas de esas dimensiones (el ámbito conyugal y el espacio clínico –durante el procedimiento y la orientación–) así como en algunos de esos actores (parejas, orientadores y otros significativos –amigos o conocidos–). Si bien en estos trabajos aparece el espacio del consultorio como uno en donde la masculinidad de los hombres se ve diezmada, en el trabajo de Cragun & Sumerau (2017) a ese aspecto se le adiciona las formas en que esa masculinidad intenta ser reafirmada, poniendo de presente la importancia de otros espacios en la comprensión de las relaciones vasectomía-masculinidad. Finalmente, aunque en la primera línea de las ciencias de la salud aparece de forma casi tímida, en estos trabajos se rompe con la idea de que la vasectomía es, en principio, un procedimiento inherentemente progresista, haciendo de sus relaciones con la masculinidad un asunto de mayor complejidad.

Hacia la promoción de métodos anticonceptivos y de planificación familiar.

Precisamente, una de las dimensiones que podría ofrecer elementos interesantes respecto a los procesos de decisión son las campañas de promoción de vasectomías (métodos anticonceptivos, en general) y de planificación familiar. Sobre este asunto particular tratan los siguientes trabajos[9]. Los textos de Balasubramanian (2018) y Oudshoorn (2003) continúan la línea de reflexión de los anteriores trabajos, sin embargo, agregan a la reflexión las campañas de promoción de vasectomías y de pruebas de anticonceptivos hormonales masculinos, respectivamente. En el caso de Lopera (2016) y Jiménez (2018) el centro continúa en la promoción, aunque ampliado a los anticonceptivos en general; son trabajos sobre la historia temprana de los anticonceptivos y el control de natalidad en Colombia.

Los estudios feministas se han preocupado por la poca participación e inclusión de los hombres en las políticas de anticoncepción, en contraposición a las mujeres, quienes han sido mayoritariamente objeto de esas políticas. Sin embargo, esta preocupación ha descuidado el estudio de casos en donde sí se ha hecho objeto a los hombres. Estos elementos anteriores son explorados por Balasubramanian (2018). Mediante un estudio de la historia temprana de la vasectomía en la India (1960-1977), la autora busca entender cómo los hombres fueron, de manera no convencional, objeto de las políticas de planificación familiar en la India (Balasubramanian, 2018, p. 34-37). Debido al involucramiento de científicos sociales, mediante el estudio de las "comunicaciones en planificación familiar", el concepto de reproducción es enmarcado como un proceso no sólo biológico sino también comportamental, de toma de decisiones (Balasubramanian, 2018, p. 37-39). Adicionalmente, para lograr los objetivos de disminución de fecundidad, se hizo necesario establecer cuáles eran los mejores objetivos de tales políticas. En este caso los hombres fueron considerados como tomadores de decisiones por excelencia en contraposición a las mujeres, consideradas pasivas (Balasubramanian, 2018, p. 44). En general, el campo de la "comunicación en planificación familiar" reconceptualiza la sexualidad y a los hombres (utilizando características de la masculinidad hegemónica) para hacer efectivas las políticas de control de fecundidad mediante los cuerpos masculinos.

La utilización de características de la masculinidad hegemónica en la promoción de anticonceptivos es, también, un elemento central del trabajo de Oudshoorn (2003). Entrando en discusión con la literatura feminista sobre género y masculinidades (Butler y Connell) y las discusiones sobre usuarios y tecnologías en los Estudios Sociales de Ciencia y Tecnología (STS, por sus siglas en inglés), la autora analiza la producción de las identidades masculinas en los procesos de desarrollo de los anticonceptivos (Oudshoorn, 2003, p. 210). Así como en el caso anterior, la masculinidad es un elemento que participa al interior de los procesos de desarrollo y promoción de los anticonceptivos para hombres. Adicionalmente, para evitarse problemas respecto a posibles desobediencias por parte de los hombres (no asistir a los controles para ir verificando la efectividad del anticonceptivo, por ejemplo), en el desarrollo del anticonceptivo se tuvieron muy presentes las mujeres parejas como participantes de esas mismas pruebas (Oudshoorn, 2003, p. 216). En general, se trata de procesos de continua renegociación de las identidades masculinas (Oudshoorn, 2003, p. 219).

Estas mismas campañas de promoción han sido estudiadas en el caso colombiano. Lopera (2016) y Jiménez (2018) concuerdan con un asunto resaltado por el trabajo de Balasubramanian (2018): la importancia de las ciencias sociales como "arquitectas clave en la regulación de la reproducción" (Balasubramanian, 2018, p. 54). En el primer trabajo, que se preocupa por las campañas de "Procreación Responsable" (1973-1978), llevadas a cabo por Acción Cultura Popular (ACPO) –organización íntimamente asociada con la Iglesia Católica– y Radio Sutatenza, el autor resalta el trabajo de la sociología en Colombia al ofrecer fundamentos al enfoque de Educación Fundamental Integral (central en el proyecto de ACPO) y el desarrollo de las "estrategias de comunicación para planificación familiar" (libro de Everett Rogers) (Lopera, 2016, p. 240). En el caso de la India, este último trabajo también fue parte importante de las campañas de promoción (Balasubramanian, 2018,

p. 43-44). Por el lado de Jiménez (2018), haciendo un estudio sobre el Plan de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos de Profamilia (1970-1989), la autora resalta la participación de trabajadoras sociales en los esfuerzos de distribución de anticonceptivos por parte del Ministerio de Salud (Jiménez, 2018, p. 25) y el trabajo de la antropología en el estudio de las razones de no uso de anticonceptivos en mujeres y/o parejas (Jiménez, 2018, p. 69).

De los anteriores trabajos pueden extraerse algunas consideraciones importantes. Primero, el enfoque crítico con relación al conocimiento médico o social (como en los anteriores textos) involucrado en los anticonceptivos masculinos ya no parte por considerar su papel limitado en la comprensión de la sexualidad masculina (Viveros (2009) y Gutmann (2004)) sino, más bien, por entender las formas específicas en que esa masculinidad es renegociada o reconceptualizada; por la forma específica en que estos conocimientos la producen. Adicionalmente, en contraposición a la afirmación de Viveros & Gómez (1998) de que "la pretensión de los programas de planificación familiar […] no han podido convertirse en realidad debido a que la definición de los programas no ha incorporado la idea de que la anticoncepción es un proceso de interacción y negociación entre hombres y mujeres" (p. 88), Oudshoorn (2003) demuestra que ese proceso de interacción sí es tenido muy en cuenta en el desarrollo de anticonceptivos y Balasubramanian (2018) demuestra que el éxito de los programas no pasa necesariamente por incluir a las mujeres en los procesos (expulsadas adrede al no considerarlas como tomadoras de decisiones más que simplemente ignorándolas). En clave de análisis, la generalidad de los textos permite poner algo de presente: las campañas de promoción no son accesorias, son fundamentales en el desarrollo de métodos anticonceptivos y, considero, permiten sostener el procedimiento específico que se hace en el consultorio (en el caso de las vasectomías).

Historia temprana de los métodos anticonceptivos y el control de natalidad en Colombia.

La mayoría de los textos del anterior apartado parecen sacar conclusiones realmente interesantes de la historia temprana del desarrollo de los anticonceptivos. Si bien no existen historias relevantes sobre el desarrollo de la vasectomía en Colombia (lo poco que se encuentra hace alusión a los primeros momentos)[10], algunos trabajos sí han estudiado la historia temprana de los métodos anticonceptivos y el control de natalidad en el país[11]. En general, el trabajo de Jiménez (2018) ofrece un balance de gran parte de la literatura aquí referenciada. El trabajo de Fajardo (2007) analiza el proceso de construcción de la comunidad médica y del "problema de población", Caicedo (2014) ofrece un recuento de las décadas de 1960 a 1970 desde el análisis del proceso de secularización y las tensiones presentes con la iglesia católica, Medina (2014) permite una introducción general a la época al exponer el "contexto social", Calderón (2017) busca comprender los efectos de los discursos de Profamilia en la construcción de los cuerpos femeninos y Schuster (2018) plantea los elementos generales del trabajo histórico de Teresa Huhle, que ofrece una perspectiva transnacional aún ausente en la mayoría de la literatura[12].

Retomando la síntesis aportada por Jiménez (2018, p. 6-11) existe, por un lado, una historia institucional (desde Profamilia) que posee carácter testimonial, separa dicotómicamente los actores involucrados en la época y, por lo tanto, no es suficientemente crítica en su recuento histórico. Por otra parte, existen muchos trabajos de análisis discursivo (en prensa, en documentos oficiales y publicaciones académicas) que ofrecen un acercamiento a aquello que se decía, se pretendía hacer y a los enfrentamientos entre la Iglesia y el Estado. En este último grupo se encuentran, según Jiménez (2018), entre otros, los trabajos de Medina (2014) y Fajardo (2007). Por mi parte, incluiría en este grupo del trabajo de Calderón (2017). La autora considera que un vacío en esta literatura es la falta de trabajos que den cuenta de las prácticas concretas mediante las cuales se promocionaron y usaron los métodos anticonceptivos (Jiménez, 2018, p. 9). Por mi parte, en el último grupo planteado por Jiménez (2018), incluiría el trabajo de Caicedo (2014). Este último trabajo puede ser criticado en dos aspectos íntimamente relacionados: a) hace una separación tajante entre la tradicionalidad y la

racionalidad, así como entre la modernidad y la tradición (Caicedo, 2014, p. 182). Precisamente, esas distinciones no tienen límites tan claros durante ese entonces (caso de ACPO (Lopera, 2016)) y distinciones parecidas (ciencia, política, sociedad) son producto de la reconfiguración de los actores en esa época (Fajardo, (2007)), así como aquellas relacionadas con las mujeres y los países en desarrollo y desarrollados (Calderón (2017)); b) esas distinciones pueden deberse a la apropiación de la voz de uno de los actores (historia institucional de Profamilia) como la voz del análisis (Caicedo, 2014, p. 185), precisamente, como había comentado, frente a este riesgo advierte Jiménez (2018).

Finalmente, los trabajos de Teresa Huhle –reseñado por Sven Schuster (2018)–, Fajardo (2007) y Jiménez (2018) no parten de las distinciones entre ciencia y sociedad. La primera autora, "aprovechando perspectivas provenientes de la historia transnacional y de los estudios de la ciencia" (Schuster, 2018, p. 217), considera que el problema de la "bomba poblacional" era, a su vez, un problema de política internacional y de constitución transnacional de la demografía (Schuster, 2018, p. 219). En el caso de Fajardo (2007), utilizando la perspectiva de análisis de Theodore Porter y Ludwik Fleck analiza el lugar de los números y la cuantificación en la construcción del "problema de población" así como de la legitimación de la comunidad médica para actuar al respecto (Fajardo, 2007, p. 213). Finalmente, aunque Jiménez (2018) sí intenta plantear un análisis desde la teoría del Actor-Red (p. 15), considero que, en general, la forma de considerar los documentos que analiza produce la imagen de ser instrumentalizados por un conjunto de actores con ciertos intereses (Jiménez, 2018, p. 16, 57-58 y 58).

Algunos consideraciones analíticas y teóricas

A medida que he presentado la literatura relevante para este proyecto de investigación, las ciencias sociales han decidido explorar distintos ámbitos en torno a la vasectomía y los métodos anticonceptivos. En ese proceso crítico, cada vez más han explorado elementos nucleares del proceso (la configuración de las ciencias médicas y el desarrollo de los métodos anticonceptivos, por ejemplo). Así, la historia institucional que se utilizaba como elemento de contexto es cada vez más objeto de indagación, lo mismo sucede con los documentos técnicos y las producciones académicas; cada vez más indaga el núcleo de la ciencia y, en ese proceso, no presuponen las distinciones entre ciencia y sociedad. Precisamente, en esa vía, la identidad de los hombres, la masculinidad, comienza a ser un elemento inscrito ya no en el exterior sino en el interior del mismo proceso. Las relaciones de género se inscriben en la misma ciencia médica. Aún así, en el estudio de los métodos anticonceptivos, el ámbito de la tecnología ha estado ausente. Exceptuando la reflexión de Oudshoorn (2003), es un ámbito poco estudiado. Precisamente, esa constituirá una de mis tareas investigativas: la producción de la identidad masculina, sobre todo, en el desarrollo de las campañas de promoción (aquí se ofrece un ámbito que permite sostener aquello que se realiza en el consultorio). Retomando el excelente balance bibliográfico sobre las relaciones entre usuarios y tecnologías de Pinch y Oudshoorn (2008), parte de mi trabajo espera fundamentarse en los estudios feministas de la tecnología, los enfoques semióticos (particularmente a partir del concepto de genderscript) y los estudios culturales y de medios.

Por otro lado, considero necesario resaltar que, si bien algunos trabajos han comenzado a preocuparse por el núcleo de la ciencia, es ausente aún un análisis del núcleo de la tecnología. Hace falta un estudio del desarrollo material de los métodos anticonceptivos, especialmente de la vasectomía, en Colombia. Un estudio de este tipo podría ofrecer luces acerca de las relaciones entre masculinidad y género como parece sugerir Matthew Gutmann (2007):

El desarrollo del procedimiento sin bisturí tenía más que ver con la búsqueda de maneras de atraer a una mayor cantidad de hombres a la operación, al retirar su miedo a la incisión, de lo que representaba cualquier ventaja técnica de la pinza por sobre el bisturí. (p. 183).

Objetivo General

Analizar comparativamente las primeras y últimas campañas de promoción de vasectomía en Colombia (década de 1970 y 2019) para comprender la coproducción de masculinidades y vasectomía en el país.

Objetivos Específicos

Analizar los documentos audiovisuales de las campañas de promoción de 1971 y 2019 para reconstruir parte de la historia temprana y contemporánea de la vasectomía en Colombia, así como los recuentos sobre masculinidad correspondientes a cada momento.

Analizar los documentos académicos y de prensa relacionados con las campañas de promoción de 1971 y 2019 para reconstruir las tensiones o convergencias entre concepciones de masculinidad y las respectivas campañas, así como el desarrollo de la vasectomía correspondiente a cada momento.

Realizar entrevistas a miembros (anteriores o actuales) de Profamilia acerca de las campañas de promoción de 1971 y 2019, con el fin de comprender por qué se llevaron a cabo esas campañas y cómo se lograron.

Metodología

En primer lugar, considero necesario hacer una revisión sistemática de las dos revistas que considero fundamentales: Profamilia: planificación, población y desarrollo e International Family Planning Perspectives, recuperando los textos que traten sobre vasectomía en Colombia. Sin embargo, esto es más una actividad. Es necesario hacer un análisis de cada uno de esos textos para reconstruir el proceso histórico, especialmente las campañas, de la vasectomía en el país.

En segundo lugar, pienso desarrollar entrevistas con las personas que se involucraron en el desarrollo de las campañas de 1971 y 2019. Preferiblemente se trataría de funcionarios/as antiguos o actuales de Profamilia que hayan estado relacionados o conozcan una o ambas campañas.

En tercer lugar, espero poder hacer también entrevistas con hombres que hayan participado en esas jornadas de planificación o en aquellos que conocieron de la campaña. Así mismo, con ánimo de contrastar los relatos que sobre sus masculinidades y experiencias me puedan ofrecer esos hombres, entrevistar a sus parejas me parece necesario. Este último aspecto lo recojo, sobre todo, de los trabajos de Mara Viveros. Adicionalmente, estas entrevistas contemporáneas podrían contrastarse con las campañas televisivas de 1971, en donde se involucraron hombres y mujeres.

En cuarto lugar, de ser posible, tendré que hacer una revisión exhaustiva del Centro de Documentación de Profamilia, para así extraer todos los documentos correspondientes al desarrollo de la vasectomía en el país. Esos documentos tendrán que ser objeto de análisis para reconstruir la historia de la vasectomía.

Plan de capítulos

Estado del arte mejorado

Existen aún vacíos en la revisión de literatura que he hecho. Es necesario explorar qué se ha trabajado, por ejemplo, sobre las Clínicas para el Hombre iniciadas en 1985 por Profamilia que, además, parecen coincidir con un aumento importante de las vasectomías practicadas por la institución (Sánchez, Forero & Rivillas, 2019b, p. 70). Aún la exploración en el campo de los STS es muy superficial. Sí tengo presente elementos teóricos en mente, aunque no me he decidido por su uso inmediato. Hace falta leer más sobre textos que se

relacionen muy fuertemente con mis discusiones generales. Uno de ellos corresponde a la literatura sobre campañas de promoción de métodos anticonceptivos: aquí es fundamental el trabajo amplio de Nelly Oushoorn y el libro de Manon Parry (2013).

Los inicios de la vasectomía en Colombia

En este apartado pretendo desarrollar lo más rigurosamente posible un recuento de la historia temprana de la vasectomía en Colombia. No consiste solo en presentar los documentos textuales y audiovisuales de la época, sino también analizarlos en conexión a los debates, disputas y tensiones de la época. Por supuesto, este recuento pasa por el análisis de las campañas de promoción de 1971, así como las campañas de promoción de anticonceptivos generales en el país.

Nuestra vasectomía. La situación contemporánea de la esterilización masculina.

El tratamiento de la historia temprana o del pasado de la vasectomía puede implicar, riesgosamente, un análisis de los actores y las circunstancias desde cierta posición moral superior. Si mirar el pasado puede causar extrañeza, teniéndolo presente, puede causarla también para nuestra época. Me interesa, de nuevo, hacer un recuento detallado de lo que ha sucedido últimamente con la vasectomía, especialmente, su promoción. Aquí podré establecer posibles líneas de continuidad o discontinuidad con el pasado. En este apartado espero presentar, sobre todo, las campañas de promoción de 2019 (los contenidos audiovisuales, académicos y de prensa relacionados).

Notas

1. International Planned Parenthood Foundation 1971 "Largest Clinic in the World?" IPPF New. Disponible en: https://www.worldcat.org/title/largest-clinic-in-the-world-bogota/oclc/104025755&referer=brief_results

2. El programa televisivo puede consultarse en: https://sds.lib.harvard.edu/sds/video/460321854. Para la misma época, bajo el mismo formato, se llevó a cabo un programa con mujeres: https://sds.lib.harvard.edu/sds/video/460386123

3. Por ejemplo: Vernon, R., Ojeda, G., & Vega, A. (1991). Making Vasectomy Services More Acceptable to Men. International Family Planning Perspectives, 17(2), 55-60.

4. No poseo el artículo original, sin embargo, la información puede leerse en: https://www.worldcat.org/title/vasectomia-sin-bisturi/oclc/116900297&referer=brief_results

5. Puede consultarse la lista de reproducción en Youtube del World Vasectomy Day, correspondiente a Colombia:
https://www.youtube.com/watch?v=yVgXY7CDrGY&list=PLU7HRtMekIi_s6yMPuiZaGMbxv11HoH0T

6. Especialmente, los textos de Balasubramanian (2018) y Oudshoorn (2003).

7. Sánchez, S. M., Forero, L. J. & Rivillas, J. C. (2019a, 2019b), Torrado, Daniel, et. al. (2019), Vidal Rivera, Y., & Garzón Cortes, K. I. (2013), Torres, Claudia & Vergara, Elizabeth. (2012).

8. Para el caso colombiano: Viveros, Mara (2009, 2002); Viveros, Gómez & Otero (1998); Viveros & Gómez (1998). Para otros contextos: Gutmann, Matthew (2007, 2004); Cragun & Sumerau (2017).

9. Balasubramanian, S. (2018); Oudshoorn, N. (2003); Lopera, J. (2016); Jiménez, A. (2018).

10. Los trabajos de Mara Viveros (como autora o coautora) y el de Jiménez (2018) ofrecen algunas menciones de pocas páginas sobre la historia temprana de la vasectomía.

11. Los trabajos anteriores de Lopera (2016) y Jiménez (2018), por supuesto, hacen parte de este grupo. Adicionalmente están los trabajos de Medina (2014), Schuster (2018), Caicedo (2014), Fajardo (2007) y Calderón (2017). Para un caso no colombiano puede verse: Marks (1999).

12. Por cuestiones de idioma, fundamentalmente, no puedo hacer un recuento del trabajo de Huhle, Teresa. (2017). Bevölkerung, Fertilität und Familienplanung in Kolumbien. Eine transnationale Wissensgeschichte im Kalten Krieg. Bielefeld. En español: "Población, fertilidad y planeación familiar en Colombia. Una historia transnacional del conocimiento en la Guerra Fría".

Bibliografía

Goldsmith, A., Echeverria, G., & Goldberg, R. (1973). Vasectomy in Colombia: a pilot study. Journal of biosocial science, 5(4), 497-505.

Roldán, M. (2014). Acción Cultural Popular, responsible procreation, and the roots of social activism in rural Colombia. Latin American Research Review, 49, 27-44.

Viveros, Mara (2009). La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. Sexualidad, Salud y Sociedad Revista latinoamericana.

Gutmann, Matthew (2007). "Tomarles la medida" a los hombres: Vasectomías y la ilusión totémica de la sexualidad masculina, En Matthew Gutmann, Por mis pistolas. Sexualidad, anticoncepción y Sida en México pp. 155-193.

Viveros, M. (2002). El gobierno corporal y las decisiones reproductivas: a propósito de la esterilización masculina. En: Viveros Vigoya, M. (2002). De quebradores y cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia. Universidad Nacional de Colombia.

Balasubramanian, S. (2018). Motivating Men: Social Science and the Regulation of Men's Reproduction in Postwar India. Gender & Society, 32(1), 34–58.

Gutmann, Matthew. Hombres carnales: Las políticas somáticas de la salud reproductiva masculina. Maguaré, [S.l.], n. 18, ene. 2004. ISSN 2256-5752.

Sánchez, S. M., Forero, L. J., & Rivillas, J. C. (2019b). Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres?

Daniel Torrado Arenas, Jessica Lorena González, Iván Jasser Ramírez-Blanco, Sandra Lizeth Castro Molano, Luis Alzamora Taborda, & Janer Sepúlveda Agudelo. (2019). Knowledge and Acceptance towards Vasectomy in a Sample of Medicine Students, Meta 2018.

Cragun, R. T., & Sumerau, J. E. (2017). Losing Manhood Like a Man: A Collaborative Autoethnographic Examination of Masculinities and the Experience of a Vasectomy. Men and Masculinities, 20(1), 98–116

Rivillas, J., Forero Martínez, L. y Sánchez Molano, S. (2019a). Perfil de los hombres que se practican la vasectomía en Colombia. Bogota, Colombia: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia

Oudshoorn, N. (2003) "Clinical Trials as a Culture Niche in Which to Configure the Gender Identities of Users: The Case of Contraceptive Development". En N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), How users matter. The co-construction of users and technology, 209–228. Cambridge MA: MIT Press.

Oudshoorn, Nelly & Trevor Pinch (2008) User-Technology Relationships: Some Recent Developments. Chapter 22 in Edward J. Hackett, Olga Amsterdamska, Michael Lynch, & Judy Wajcman, eds. The handbook of science and technology studies, 3rd edition. Sage

Marks, L. (1999). "Human Guinea Pigs? The History of the Early Oral Contraceptive Clinical Trials". History and Technology, 15(4), 1999: 263–288

Vidal Rivera, Y., & Garzón Cortes, K. I. (2013). Factores que influyen en la aceptabilidad del uso de la vasectomía como estrategia para la disminución de embarazos no deseados por parte de miembros de las Fuerzas Militares de Colombia.

Mara Viveros, Fredy Gomez, & Eduardo Otero. (1998). Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia

María Torres Tabares, C., & Cristina Vergara Muñoz, E. (2012). Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010). Revista CES Salud Pública, 3(2), 129–140.

Lopera López, Juan Alejandro. (2016). Paternidad o procreación responsable: Iglesia católica, Acción Cultural Popular y control de la natalidad en Colombia (1964-1978). Historia y sociedad, [S.l.], n. 31, p. 235-267.

Jiménez Daza, A. M. (2018). Conexiones y negociaciones en la red del plan de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos de Profamilia, 1970-1989

Viveros, Mara & Gómez, Fredy. (1998). «La elección de la esterilización masculina. Alianzas, arbitrajes y desencuentros conyugales». In ARANGO, L.G. et al. Mujeres, Hombres y Cambio Social, 1ª ed. Bogotá: CES/Facultad de Ciencias Humanas UN, 286 p.

Medina Chávez, Ana María. (2014) Contexto social del debate sobre el control natal en Colombia en las décadas de 1960 y 1970: política, medicina y sociedad. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1467-1473.

Calderón Jaramillo, M. (2017). Ontologías múltiples de los cuerpos femeninos en los discursos de los derechos sexuales y reproductivos. Revista Colombiana de Sociología, 40(1), 277–294

Manon, Parry. (2013). Broadcasting Birth Control: Mass Media and Family Planning. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Bibliografía

ACEP. (1975). *Educación para la vida familiar. Manual-guía para trabajo con la comunidad. II Parte. Lecturas básicas.* Asociación Colombiana para el Estudio de la Población.

Adongo, P., Baba, P., Tapsoba, P., Phillips, J., Tabong, P., Stone, A., Kuffour, E., Esantsi, S., & Akweongo, P. (2014). «If you do vasectomy and come back here weak, I will divorce you»: A qualitative study of community perceptions about vasectomy in Southern Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, *14*.

AVSC (Director). (1992). *Hombre, ¡es con usted! Película educativa.* [Video recording]. AVSC Lacro. https://descubridor.banrepcultural.org/permalink/57BDLRDC_INST/qk5q4l/alma991012093219707486

AVSC International. (1995a). *Consejería en planificación familiar: Prototipo de currículo. Manual del capacitador*. AVSC International; Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia.

AVSC International. (1995b). *Consejería en Planificación Familiar. Un prototipo de currículo. Manual del participante*.

AVSC International, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Género, Mujer y Desarrollo., & Haz Paz. Presidencia de la República. (2000). *Masculinidades en Colombia: Reflexiones y perspectivas. Foro memorias.* AVSC International; Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia.

https://login.ezproxy.unal.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000262901&lang=es&site=eds-live

AVSC International, & Fundación CIMDER. (2000). *La Salud Sexual y Reproductiva de los Hombres: ¿Qué piensan y qué quieren los colombianos?*

Bailey, J., & Correa, J. (1975). Evaluation of the Profamilia Rural Family Planning Program. *Studies in Family Planning*, *6*(6), 148-155. JSTOR. https://doi.org/10.2307/1965346

Balasubramanian, S. (2018). Motivating Men: Social Science and the Regulation of Men's Reproduction in Postwar India. *Gender & Society*, *32*(1), 34-58. https://doi.org/10.1177/0891243217743221

Barker, G. (1998). *Cinco casos de estudio para el simposio sobre participación masculina en la salud sexual y reproductiva: Nuevos paradigmas.* AVSC Internacional y IPPF/Región del Hemisferio Occidental.

Best, K. (1998). A Clinic for Her, and One for Him. *Network. Family Health International*, *18*(3), 29.

Bourdieu, P. (2000). Sobre el poder simbólico. En *Poder, derecho y clases sociales* (pp. 87-99). Desclée de Brouwer.

Bourdieu, P. (2007). «La eternización de lo arbitrario» & «Preámbulo». En *La dominación masculina* (5. ed, pp. 7-15). Anagrama.

Bright, S. (Director). (1990). *Cosas de hombres* [Video recording]. AVSC International. https://descubridor.banrepcultural.org/permalink/57BDLRDC_INST/qk5q4l/alma991011024819707486

Camoletto, R. F. (2019). Questioning the sexy oldie: Masculinity, age and sexuality in the Viagra era. En A. King, K. Almack, & R. L. Jones (Eds.), *Intersections of Ageing, Gender and Sexualities: Multidisciplinary International Perspectives* (pp. 209-222). Policy Press. https://doi.org/10.1332/policypress/9781447333029.003.0013

Carrasco de Gómez, Isabel. (1975). *Educación para la vida familiar: Manual-guía para trabajo con la comunidad / Asociación Colombiana para el Estudio de la Población ; Isabel Carrasco de Gómez.* ACEP.

Córdoba Basulto, D. I., Arias García, A., & Sapién Córdoba, A. (2013). Deseo sexual en hombres con y sin vasectomía: Experiencias y significados. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *16*(3). https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/41785

Corsi Otálora, C., & Rueda Gómez, Luis. (1972). *Colonialismo demográfico: La controversia sobre el control oficial de la natalidad / Carlos Corsi, Luis Rueda Gómez.* Ediciones Paulinas,.

Cragun, R. T., & Sumerau, J. E. (2015). Losing Manhood Like a Man: A Collaborative Autoethnographic Examination of Masculinities and the Experience of a Vasectomy. *Men and Masculinities*, *20*(1), 98-116. https://doi.org/10.1177/1097184X15612516

Dáguer, C., & Riccardi, M. (2005). *Al derecho y al revés: La revolución de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia*. Profamilia.

de los Ríos O., S., Arenas A., A., de los Ríos Osorio, J., & de los Ríos Osorio, C. M. (1996). Experiencia con la vasectomía sin bisturí. Clínica masculina Profamilia—Medellín 1989—1994. *Urología Colombiana*, *5*(2), 26-31.

de los Ríos Osorio, J. (1994a). Vasectomía. *Urología Colombiana*, *4*(3), 80-83.

de los Ríos Osorio, J. (1994b). Vasectomía. *Urología Colombiana*, *4*(2), 73-74.

de los Ríos Osorio, J. (2004). Análisis de 5000 vasectomías de un centro de planificación familiar. *Urología Colombiana*, *13*(2), 25-32.

de los Ríos Osorio, J., Arenas A., A., & de los Ríos O., S. (1995). Perfil sociodemográfico de los pacientes vasectomizados entre marzo de 1986 y septiembre de 1988—Clínica masculina Profamilia, Medellín. *Urología Colombiana*, *4*(4), 10-16.

Dyck, E. (2013). Vasectomy, Masculinity, and Hyperactivity: Ken Nelson. En *Facing Eugenics: Reproduction, Sterilization, and the Politics of Choice.* University of Toronto Press.

Echeverría Alarcón, Gilda. (1974). *Educación sexual integral: Evaluación de una unidad movil audiovisual*. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Echeverry, Gonzalo. (1991). *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia / Gonzalo Echeverry.* Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, Profamilia.

Edelman, D. A., Goldsmith, A., & Brenner, W. E. (1976). Esterilización femenina por laparoscopia en el período puerperal y de intervalo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *27*(1), 17-25. https://doi.org/10.18597/rcog.1959

Fernández Aragón, S., Ruydiaz Gómez, K., Baza Maestre, G., Berrio Ayala, D., & Rosales Barrios, Y. (2014). Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía. Cartagena 2013. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, *11*(1), 22-29.

Friedman, N., & Hashiloni-Dolev, Y. (2023). Sedated masculinity: The use of anaesthesia during vasectomy in Israel. *Culture, Health & Sexuality*, *25*(3), 398-412. https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2048893

Galvis, S. (1995). *Se hace camino al andar: La otra historia de la planificación familiar.* Impreandes-Presencia; Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia.

García Moreno, J., & Solano Sainos, L. M. (2005). Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *43*(3), 205-214.

Goldsmith, A., Echeverria, G., & Goldberg, R. (1973). Vasectomy in Colombia: A pilot study. *J. Biosoc. Sci. Journal of Biosocial Science*, *5*(4), 497-505.

Goldsmith, A., & Goldberg, R. J. (1974). Psychosocial Aspects of Vasectomy in Latin America. *The Journal of Sex Research*, *10*(4), Article 4. JSTOR.

Gonzales, B. (2014). *A Public Health Journey: My Quest to Provide Permanent Contraception*. https://books.google.com.co/books?id=pFnPrQEACAAJ

Gonzáles, B., Marston-Ainley, S., Vansintejan, G., & Shihua Li, P. (1999). *Vasectomía sin bisturí: Guía ilustrada para cirujanos.* (B. Arrazola E., Trad.; 2a. ed.). AVSC International; Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia. https://login.ezproxy.unal.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000274297&lang=es&site=eds-live

Grabino Etorena, V. (2009). Espacios generizados: Cuerpos masculinos ingresando a la institución médica en la práctica de la vasectomía o esterilización masculina. *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en ciencias sociales.*, *4*, 1-11.

Gutmann, M. C. (2004). Hombres carnales: Las políticas somáticas de la salud reproductiva masculina. *Maguaré*, *18*. https://doi.org/10.15446/mag.v0n18.10945

Gutmann, M. C. (2016). «Tomarles la medida» a los hombres: Vasectomías y la ilusión totémica de la sexualidad masculina. (L. Rayas, Trad.). En *Por mis pistolas: Sexualidad, anticoncepción y sida en México* (pp. 155-191). Siglo XXI Editores.

Guttmacher Institute. (1975). Thousands of Men in Four Latin Countries Choose to Have Vasectomies; Machismo Is No Barrier. *International Family Planning Digest*, *1*(4), 3-4. JSTOR. https://doi.org/10.2307/2948183

Guttmacher Institute. (1979). Colombia Initates Voluntary Sterilization Program For Women Imperiled by Poverty, Poor Health. *International family planning perspectives*, *5*(2), 87-88. https://doi.org/10.2307/2948021

Hernández, G. (1987). Hombres decididos acuden a Profamilia. Las mayores opositoras a la vasectomía son las mujeres. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *3*(8), 29-30.

Hollerbach, P. (1989). The Impact of National Policies on the Acceptance of Sterilization in Colombia and Costa Rica. *Studies in Family Planning*, *20*(6), Article 6. JSTOR. https://doi.org/10.2307/1966434

Huerta Rojas, F. (2007). El cuerpo masculino como escenario de la vasectomía: Una experiencia con un grupo de hombres en las ciudades de México y Puebla. En A. Amuchástegui & I. Szasz Pianta (Eds.), *Sucede que me canso de ser hombre: Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México* (1. ed). El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.

Huhle, T. (2023). Working Mothers and «Machos Completos»—Gendered Modernity in Fertility Surveys in Colombia (1960s to 1970s). *Anuario de Historia de América Latina*, *59*, 99-131.

IPPF. (1971). *Situation Report. Country: Colombia.* International Planned Parenthood Federation.

IPPF. (1973). *Situation Report. Country: Colombia*. International Planned Parenthood Federation.

Johnson, E. (2016). The Swedish medical discourse. Impotence, erectile dysfunction and Viagra in Läkartidningen. En E. Sjögren, C. Åsberg, & E. Johnson, *Glocal Pharma: International Brands and the Imagination of Local Masculinity*. Taylor & Francis.

Kasirsky, G. (1972). *Vasectomy, manhood, and sex*. Springer Pub. Co.

Kopp, Z. (1996a). *Vasectomía sin bisturí: Currículo. Manual del capacitador*. AVSC International; Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia. https://login.ezproxy.unal.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000274303&lang=es&site=eds-live

Kopp, Z. (1996b). *Vasectomía sin bisturí: Currículo. Manual del participante.* AVSC International; Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia. https://login.ezproxy.unal.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000274303&lang=es&site=eds-live

La Furcia, A. (2016). Los colores de las fantasías. Estudios sobre masculinidades en Colombia: Crítica feminista y geopolítica del conocimiento en la matriz colonial. *Revista Colombiana de Sociología*, *39*(1), 47-78. Redalyc.

Lagesen, V. A. (2012). Reassembling gender: Actor-network theory (ANT) and the making of the technology in gender. *Social Studies of Science*, *42*(3), Article 3. https://doi.org/10.1177/0306312712437078

Landman, L. C. (1979). Fourth International Conference on Voluntary Sterilization. *International Family Planning Perspectives*, *5*(2), 73-79. JSTOR. https://doi.org/10.2307/2948015

Landström, C. (2007). Queering feminist technology studies. *Feminist Theory*, *8*(1), 7-26. https://doi.org/10.1177/1464700107074193

Loe, M. (2001). Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. *Sexuality and Culture*, *5*(3), 97-125.

Loe, M. (2004). «Introducing Viagra» & «A Pill for Everything?» En *The Rise of Viagra: How the Little Blue Pill Changed Sex in America* (pp. 7-27, 167-181). NYU Press.

Lopera López, J. A. (2016). Paternidad o procreación responsable: Iglesia católica, Acción Cultural Popular y control de la natalidad en Colombia (1964-1978). *Historia y sociedad*, *0*(31), Article 31. https://doi.org/10.15446/hys.n31.55450

Mamo, L., & Fishman, J. R. (2001). Potency in All the Right Places: Viagra as a Technology of the Gendered Body. *Body & Society*, *7*(4), 13-35. https://doi.org/10.1177/1357034X01007004002

Marks, L. (1999). Human guinea pigs? The history of the early oral contraceptive clinical trials. *History and Technology*, *15*(4), 263-288. https://doi.org/10.1080/07341519908581949

Marshall, B. L. (2009). Rejuvenation's Return: Anti-aging and Re-masculinization in Biomedical Discourse on the 'Aging Male'. *Medicine Studies*, *1*(3), 249-265.

Martin, E. (1991). The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, *16*(3), 485-501. https://doi.org/10.1086/494680

Marván, M. L., Ehrenzweig, Y., & Hernández-Aguilera, D. (2017). Mexican Men's View of Vasectomy. *American Journal of Men's Health*, *11*(3), Article 3.

McCann, C. (2009). Malthusian Men and Demographic Transitions: A Case Study of Hegemonic Masculinity in Mid-Twentieth-Century Population Theory. *Frontiers: A Journal of Women Studies*, *30*(1), 142-171.

Messerschmidt, J. W. (2019). The salience of "hegemonic masculinity". *Men and Masculinities*, *22*(1), 85-91. https://doi.org/10.1177/1097184X18805555

Milam, E. L., & Nye, R. A. (2015). An Introduction to Scientific Masculinities. *Osiris*, *30*(1), 1-14. JSTOR. https://doi.org/10.1086/682953

Mohr, S., & Hoeyer, K. (2018). The Good Sperm Cell. Ethnographic Explorations of Semen Quality. *Tecnoscienza: Italian Journal of Science & Technology Studies*, *9*(1), 9-28.

Moore, L. J. (2002). Extracting Men from Semen: Masculinity in Scientific Representations of Sperm. *Social Text*, *20*(4 (73)), Article 4 (73).

Moore, L. J. (2007). «Preface» & «In the Beginning, There Was Sperm». En *Sperm Counts: Overcome by Man's Most Precious Fluid* (pp. 1-18). NYU Press.

Moore, L. J., & Schmidt, M. A. (1999). On the Construction of Male Differences: Marketing Variations in Technosemen. *Men and Masculinities*, *1*(4), 331-351.

Moreno Bolívar, N. D. (2019). *La vasectomía en la disputa con una masculinidad hegemónica.* [Universidad de los Andes]. Catálogo Público Uniandes. http://biblioteca.uniandes.edu.co/acepto201699.php?id=20076.pdf

Nicholas, L., Newman, C. E., Botfield, J. R., Terry, G., Bateson, D., & Aggleton, P. (2020). Men and masculinities in qualitative research on vasectomy: Perpetuation or progress? *Health Sociology Review*, 1-16. https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1789486

Ordoñez Gómez, M. (1994). *Niveles, tendencias y patrones de uso de los métodos anticonceptivos.* Instituto Nacional de Salud; Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia. https://login.ezproxy.unal.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000211347&lang=es&site=eds-live

Ordoñez Gómez, M., & Ojeda, G. (1994). *La esterilización femenina en Colombia: Datos provenientes de encuestas nacionales y de Profamilia. (GUÍA)*. Profamilia; Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia. https://login.ezproxy.unal.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000369532&lang=es&site=eds-live

Ospina, P. (1997). ¿Y la crisis de la masculinidad qué? La participación del hombre en el ámbito de la reproducción implica nuevas relaciones y responsabilidades. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *15*(30), 18-22.

Ottemo, A. (2019). The coproduction of masculinity and technology. Problems and prospects. En L. Gottzén, U. Mellström, T. Shefer, & M. Grimbeek (Eds.), *Routledge International Handbook of Masculinity Studies* (pp. 341-350). Routledge, Taylor & Francis Group.

Oudshoorn, N. (1999). On Masculinities, Technologies, and Pain: The Testing of Male Contraceptives in the Clinic and the Media. *Science, Technology, & Human Values*, *24*(2), 265-289.

Oudshoorn, N. (2000). Imagined Men: Representations of Masculinities in Discourses on Male Contraceptive Technology. En A. R. Saetnan, N. Oudshoorn, & M. Kirejczyk (Eds.), *Bodies of technology: Women's involvement with reproductive medicine* (pp. 123-145). Ohio State University Press.

Oudshoorn, N. (2003a). Clinical Trials as a Cultural Niche in Which to Configure the Gender Identities of Users: The Case of Male Contraceptive Development. En N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), *How Users Matter: The Co-Construction of Users and Technology* (pp. 209-227). The MIT Press. https://doi.org/10.7551/mitpress/3592.003.0015

Oudshoorn, N. (2003b). *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*. Duke University Press.

Oudshoorn, N. (2004). «Astronauts in the Sperm World». The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives. *Men and Masculinities*, *6*(4), 349-367.

Pérez Niño, J. F., & Daza Milkes, E. A. (1995). Vasectomía sin bisturí. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *13*(26), 36-41.

Pérez Rubio, M. L., & Posada Vidales, M. (1979). *La impotencia, la esterilidad y la esterilización. Por un tratamiento más humano (GUÍA)*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Jurídicas y socioeconómicas.

Pomales, T. O. (2013). Men's narratives of vasectomy: Rearticulating masculinity and contraceptive responsibility in San José, Costa Rica. *Medical anthropology quarterly*, *27*(1), 23-42. https://doi.org/10.1111/maq.12014

Profamilia. (1986). Contraportada. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *7*.

Profamilia. (1987). *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *3*(11).

Profamilia. (1989a). Reseñas históricas. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *5*(15), 39.

Profamilia. (1989b). Un poco de historia en vísperas de nuestras bodas de plata. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *5*(14), 30-32.

Profamilia. (1990). Reseñas históricas. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *6*(16), 52-55.

Profamilia. (2020). *¡Hechos y derechos! 55 años cambiando la historia* (Profamilia). Deliria S.A.S.

Ramírez Ocampo, J. (1990). Profamilia. Inmenso aporte desconocido. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *6*(16), 4-5.

Rodríguez de Francisco, E. (1989). Influencia de la anticoncepción en los estilos y modelos de pareja. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *5*(15), 4-8.

Rogow, D., Bruce, J., & Leonard, A. (1991). Man/Hombre/Homme: Respuestas a las necesidades de la salud reproductiva masculina en América Latina. *Quality/Calidad/Qualité*, *2*, 1-24.

Rueda, R. (Ed.). (1980). *Manual de esterilización humana.* Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP); Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia.

Sanabria, Á. (Director). (1988). Comercial—Clínica para el Hombre: Manos de hombre [Video recording]. En *Cultura y sociedad—Comerciales*. Profamilia. https://catalogo.senalmemoria.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=122072&query_desc=kw%2Cwrdl%3A%20Profamilia

Sánchez Escobar, F., Naranjo Giraldo, C. E., & Leal Castañeda, A. (Eds.). (2021). *La Clínica del Prado. Un proceso innovador en Gineco-Obstetricia*. IUS-Editores. Editorial de las ciencias.

Sánchez-Molano, S. M., Forero Martínez, L. J., & Rivillas-Garcia, J. C. (2019a). *Perfil de hombres que se practican vasectomía en Colombia*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28948.76165

Sánchez-Molano, S. M., Forero Martínez, L. J., & Rivillas-Garcia, J. C. (2019b). Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *37*(1), 66-77. BASE. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a11

Sarria Olcos, C. (1979). Esterilización quirúrgica en el hombre. En E. Cobo, G. López-Escobar, & G. Pérez-Palacios (Eds.), *Reproducción.* (pp. 709-726). Asociación Latinoamericana de Investigaciones en Reproducción Humana (ALIHR) y Corporación Centro Regional de Población (CCRP).

Seltzer, J., & Gómez, F. (1998). *Family Planning and Population Programs in Colombia. 1965 to 1997.* USAID. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACD066.pdf

Shropshire, S. (2014). What's a Guy To Do?: Contraceptive Responsibility, Confronting Masculinity, and the History of Vasectomy in Canada. *Canadian Bulletin of Medical History*, *31*(2), 161-182. Supplemental Index.

Stuart, M. (Director). (1971). *Martha Stuart Papers. Are You Listening: «Vasectomia.» 1971.* [Video recording]. https://nrs.harvard.edu/urn-3:RAD.SCHL:37951378

Tamayo, F. (1977). Challenging Established Wisdom in Colombia. En P. Piotrow (Ed.), *Successful Family Planning Programs, Draper World Population Fund Report*. Draper World Population Fund, Washington, D.C.

Tamayo, F. (1979). Voluntary Sterilization: The ProFamilia Experience. En I. Lubell & M. Schima (Eds.), *Voluntary sterilization: A decade of achievement: Proceedings of the 4th International Conference on Voluntary Sterilization, May 7-10, 1979, Seoul, Korea* (pp. 122-123). International Conference on Voluntary Sterilization, New York, NY. Association for Voluntary Sterilization.

Terry, G. (2014). «Suddenly, bang, one day there's commitment with a woman...» Men, vasectomy and the life course. *Human Fertility*, *17*(3), 197-202.

Thompson, C. (2005). Is Man to Father as Woman Is to Mother? Masculinity, Gender Performativity, and Social (Dis)Order. En *Making parents: The ontological choreography of reproductive technologies* (pp. 117-143). MIT Press.

Tone, A. (2002). Making room for rubbers: Gender, technology, and birth control before the pill. *History and Technology*, *18*(1), 51-76.

Trias, M. (1990). La esterilización voluntaria. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *6*(16), Article 16.

Trías, M. (1994a). Con optimismo estamos creciendo. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *11*(23), 4-5.

Trías, M. (1994b). La planificación familiar en Colombia. Aciertos y desaciertos. Simposio. *Profamilia: planificación, población y desarrollo*, *11*(24), 7.

Uriza Gutiérrez, Germán. (1982). *Manual de anticoncepción* (Vol. 17). Corporación Centro Regional de Población. Area Biomédica.

Vasectomy in Latin America. (1973). *Medical Journal of Australia*, *1*(25), 1216-1216. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1973.tb111066.x

Vernon, R., Ojeda, G., & Vega, A. (1991). Making Vasectomy Services More Acceptable to Men. *International Family Planning Perspectives*, *17*(2), Article 2. JSTOR. https://doi.org/10.2307/2133555

Viveros, M., Gómez, F., & Otero, E. (1998). Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, *14*((Suppl. 1)), 97-103.

Viveros Vigoya, M. (2002a). *De quebradores y cumplidores. Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia.

Viveros Vigoya, M. (2002b). El gobierno corporal y las decisiones reproductivas: A propósito de la esterilización masculina. En *De quebradores y cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia* (pp. 310-356). Universidad Nacional de Colombia; Repositorio Institucional UN. https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/2902

Viveros Vigoya, M. (2009). La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, *1*, 11-29.

Viveros Vigoya, M., & Gómez Alcaraz, F. (1998). La elección de la esterilización masculina. Alianzas, arbitrajes y desencuentros conyugales. En L. G. Arango (Ed.), *Mujeres, hombres y cambio social* (1a ed., pp. 85-132). Facultad de Ciencias Humanas UN.

Voluntary Surgical Contraception Workshop. (1987). Voluntary Surgical Contraception Workshop. *Advances in Contraception*, *3*(3), 173-177. https://doi.org/10.1007/BF01849384

Waling, A. (2019). Rethinking Masculinity Studies: Feminism, Masculinity, and Poststructural Accounts of Agency and Emotional Reflexivity. *The Journal of Men's Studies*, *27*(1), 89-107. https://doi.org/10.1177/1060826518782980

Watkins, E. S. (2008). Medicine, Masculinity, and the Disappearance of Male Menopause in the 1950s. *Social History of Medicine*, *21*(2), 329-344. https://doi.org/10.1093/shm/hkn029

Wentzell, E. (2017). How Did Erectile Dysfunction Become "Natural"? A Review of the Critical Social Scientific Literature on Medical Treatment for Male Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Research*, *54*(4-5), 486-506.

Wu, C.-L. (2011). Managing multiple masculinities in donor insemination: Doctors configuring infertile men and sperm donors in Taiwan. *Sociology of Health & Illness*, *33*(1), 96-113. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01274.x

Ziegler, F. J., Rodgers, D. A., & Kriegsman, S. A. (1966). Effect of Vasectomy on Psychological Functioning. *Psychosomatic Medicine*, *28*, 50-63.