

Sobre una relación «prolífica». El papel de «la salud» en la propagación de la esterilización contraceptiva en Costa Rica

MARÍA CARRANZA (*)

BIBLID [0211-9536(2004) 24; 187-212]

Fecha de aceptación: febrero de 2004

SUMARIO

1.—Introducción. 2.—La esterilización: popular y «democrática» 3.—La salud como enfermedad y la esterilización como «terapia». 3.1—Toda esterilización una esterilización «terapéutica» 3.2—Una distribución arbitraria. 4.—La salud como bienestar y la esterilización contraceptiva como herramienta para su promoción. 5.—Previniendo y promoviendo: salud antes y salud después.

RESUMEN

La esterilización femenina con fines contraceptivos es en Costa Rica, una práctica común entre las mujeres de los diversos estratos socio-económicos. Ello, a pesar de la existencia, hasta 1999, de restricciones legales para su uso. Este artículo explora el papel desempeñado por la idea de *la salud* como el fundamento a través del cual la esterilización con fines contraceptivos se ha hecho disponible, primero como la razón que posibilitaba su oferta (y demanda) en un contexto legal que sólo permitía su realización con fines terapéuticos y, posteriormente, como el motivo mismo que legitima su uso contraceptivo.

Palabras clave: salpingectomía, esterilización, esterilización contraceptiva, esterilización terapéutica, anticoncepción, Costa Rica, salud de las mujeres, salud reproductiva, legislación sanitaria, tecnologías médicas.

Keywords: tubal ligation, salpingectomy, sterilization, contraceptive sterilization, therapeutic sterilization, birth control, Costa Rica, women's health, reproductive health, health regulation, medical technologies.

(*) Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Costa Rica. Ap. 4-2250, Tres Ríos, Cartago, Costa Rica. E-mail: mcarranza@inciensa.sa.cr

1. INTRODUCCIÓN

Este artículo trata sobre la esterilización, una intervención quirúrgica que si bien fue en otros tiempos muy controvertida, se ha convertido, con fines contraceptivos, en una práctica común en el mundo. Sin embargo, sorprende que dada su alta prevalencia y uso creciente, casi no haya generado atención por parte de las ciencias sociales (1). Fuera del ámbito de la pobreza o de las condiciones de abuso, para las ciencias sociales la esterilización pareciera no ser de interés crítico.

El material que se presenta a continuación es parte de un trabajo más amplio que exploró aquello que pareciera no requerir explicación: el recurso generalizado a la esterilización por parte de mujeres con otras alternativas contraceptivas a su alcance (2). El trabajo se sitúa en Costa Rica, un país donde el uso de medios anticonceptivos entre las mujeres unidas en edades reproductivas es generalizado (80% en 1999) y no se agota con la esterilización. A través de los establecimientos de salud pertenecientes a la seguridad social, las mujeres en edad reproductiva tienen acceso a los anticonceptivos hormonales orales e inyectables, al DIU, al condón, a información sobre el método del ritmo, y también a la esterilización (3). Esta oferta se ha traducido en una práctica con-

-
- (1) La esterilización ha sido abordada principalmente por demógrafos, investigadores e instituciones que trabajan en control de población quienes se han interesado por el incremento mundial, pero no uniforme, de la esterilización y sus efectos en las tasas de fertilidad.
 - (2) El estudio fue parte de mi doctorado en Antropología Social. Ver: CARRANZA, María. *Making sense of common sense: female sterilisation in Costa Rica*, [Tesis de doctorado], University of Cambridge, 2003 (inédita). Una versión previa de este artículo fue presentada en julio del 2003, en Manchester, en la Conferencia *Devices and Designs: Medical Innovation in Historical Perspective*. Agradezco las sugerencias de los revisores de *Dynamis*, así como también las de Rosa Medina y Cori Hayden.
 - (3) En 1999, el 72% de las mujeres que hacían uso de anticonceptivos «modernos» los habían obtenido en los establecimientos de la seguridad social. Dicho porcentaje se incrementaba entre las mujeres con menor educación formal y que residían en áreas rurales. CHEN MOK, Mario *et al.* *Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*, San José, Copieco, 2001, cuadro 12, p. 60.

traceptiva que podría ser catalogada como variada (4), especialmente si se la compara con la de países tales como República Dominicana y Brasil donde la esterilización, sola o junto a los anticonceptivos orales, constituye *la* práctica contraceptiva (5). A su vez, si bien el porcentaje de mujeres esterilizadas es, en Costa Rica, alto según muchos estándares, bien podría ser considerado «moderado» si se lo compara con el de otros países de América Latina y el Caribe. Por ejemplo, en Brasil y República Dominicana el porcentaje de mujeres esterilizadas (entre las mujeres casadas o unidas) era, en 1996, el doble o más que el de Costa Rica (42.7%, y 41% respectivamente) (6).

La esterilización es la práctica contraceptiva más utilizada en el mundo y su uso creciente la tendencia más significativa en la anticoncepción en países desarrollados y no desarrollados (7), pero su uso es mayor en los países en vías de desarrollo, particularmente en América Latina y el Caribe, donde se ubican nueve de los veinte países con la prevalencia más alta de esterilización a nivel mundial (8). La oferta elevada de esta cirugía, frecuentemente con fines de control del crecimiento de la población, en contextos donde el acceso a otras opciones contraceptivas es limitado, es una de las explicaciones ofrecidas a este fenómeno (9).

-
- (4) En 1999 el 80% del total de las mujeres unidas en edad reproductiva hacían uso de los siguientes anticonceptivos: 25,6% anticonceptivos orales, 21,4% esterilización, 10,9% condón, 6,9% DIU, 6% ritmo, y 5,9% inyectables, CHEN MOK *et al.*, nota 3, cuadro 6, p. 55.
- (5) Para República Dominicana ver: BÁEZ, Clara. *República Dominicana: La esterilización como la opción única. ¿Una solución?* Documento LC/DEM/R.193, Serie OI, N° 87, 1993. Santiago, CELADE. En el caso de Brasil ver: BERQUÓ, Elza. *Esterilização e raça em São Paulo*. *Rev. Bras. Estudos Pop.*, 1994, 1, 19-26 (p. 19).
- (6) ENGENDERHEALTH. *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*, New York, EngenderHealth, 2002 (cuadro 2.2, p. 25).
- (7) UNITED NATIONS. *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1994*, New York, United Nations, 1996 (p. 45).
- (8) ENGENDERHEALTH, nota 6, p. 4.
- (9) En el caso de Brasil ver: CAETANO, André. *Fertility Transition and the Diffusion of Female Sterilization in Northeastern Brazil: The Roles of Medicine and Politics*. Trabajo presentado al XXIV Conferencia General de Población, Salvador, 2001; HUNTER DE BESSA, Gina. *The Culture of Sterilization: Understanding the Desire for Female Surgical Sterilization Among Women in Brazil*, [Tesis de Doctorado], University of

La reconstrucción de la historia de la esterilización en Costa Rica pone de manifiesto que en este país, al igual que en el resto de América Latina y el Caribe, instituciones foráneas interesadas en controlar el crecimiento de la población han contribuido a la difusión de esta cirugía, particularmente durante la década de los setenta (10). No obstante, la reconstrucción histórica indica también que la injerencia extranjera no agota la explicación al incremento, prevalencia actual y distribución de la esterilización. La génesis de la esterilización en Costa Rica ha sido un asunto dinámico y complicado, donde además de intereses (foráneos y autóctonos) por controlar el crecimiento de la población han confluído factores tales como la demanda creciente por esta cirugía; la expansión, concomitante a la práctica de la esterilización, de un sólido sistema socializado de salud, y el desarrollo paulatino en la población de una familiaridad creciente con las instituciones médicas y las intervenciones en el cuerpo, particularmente reproductivo; artículos del código penal y decretos presidenciales que limitan la práctica de la esterilización al ámbito de lo terapéutico; gremios médicos interesados en brindar protección a sus afiliados; el entusiasmo médico con el uso del laparoscopio; organizaciones de mujeres interesadas en ampliar el acceso a la esterilización con fines contraceptivos; la oposición de la cúpula de la Iglesia Católica a la esterilización contraceptiva; nociones particulares de familia, género y reproducción en las cuales esta cirugía se sitúa fácilmente; así como también, y entre otras, la invocación, por parte de decretos presidenciales, médicos y mujeres, entre otros, de diversas concepciones de «la salud».

Este artículo analiza un aspecto muy puntual en la historia de la esterilización en Costa Rica: el rol desempeñado por «la salud» como vehículo retórico para la distribución de la esterilización contraceptiva. La invocación de «la salud» posibilitó hasta 1999, la oferta (y demanda) de ese tipo de esterilización en un contexto legal que sólo permitía su

Illinois, 2001 (inérita). En el caso de República Dominicana ver: BÁEZ, nota 5. Para América Latina ver: HARTMANN, Betsy. *Reproductive Rights & Wrongs: The Global Politics of Population Control*, Boston, Massachusetts, South End Press, 1995.

(10) Ver CARRANZA, nota 2, pp. 47-83.

realización con fines terapéuticos. A partir de 1999, «la salud» se constituyó en el fundamento mismo que legitima el uso contraceptivo de la esterilización.

Este artículo postula la existencia de un elemento de «continuidad» en la historia de la provisión de la esterilización en Costa Rica, y disiente de una lectura difundida entre activistas de los derechos reproductivos y población costarricense en general según la cual, a partir de 1999, cuando formalmente se permitió el uso de la esterilización con fines contraceptivos, *todo* ha sido ruptura o cambio.

La información disponible sobre la difusión de la esterilización (y la anticoncepción en general) en Costa Rica es escasa y, en su mayoría, de corte demográfico. La reconstrucción de la historia de la propagación de la esterilización se realizó de febrero del 2000 a julio del 2001, mediante la revisión de los documentos existentes y, principalmente, mediante entrevistas a personas que jugaron un papel protagónico en la introducción, difusión, y regulación de la anticoncepción en general y la esterilización en particular, en Costa Rica. Entre quienes fueron entrevistados se encuentran profesionales de diversas generaciones de médicos (particularmente ginecólogos) que ejercieron entre los años 1950-2001, enfermeras y trabajadoras sociales, así como, representantes de organizaciones de mujeres activas frente a esta cuestión. Además de las entrevistas, el artículo se nutre de las historias de vida recolectadas entre mujeres que habían decidido esterilizarse, y de mi propia experiencia como médica en Costa Rica (11).

2. LA ESTERILIZACIÓN: POPULAR Y «DEMOCRÁTICA» (12)

Desde que la esterilización se introdujo en Costa Rica a principios de los años 40 (13) su uso se ha incrementado, desde 6.1% de las

(11) CARRANZA, nota 2.

(12) El término democrático, en este contexto, no se utiliza en su sentido político. Hace referencia a una distribución bastante homogénea de la esterilización en las mujeres de diversos estratos sociales del país.

(13) La mayoría de los ginecólogos que entrevisté situaron la introducción de la

mujeres (casadas o unidas entre 20 y 50 años) del Área Metropolitana (14) esterilizadas en 1964 (15), hasta el 21% de las mujeres del país (casadas o unidas entre 15 y 44 años) esterilizadas en 1999 (16). Este porcentaje se incrementa a 41 entre las mujeres de 40-44 años de edad (17). Pero la esterilización no es sólo popular, está también «democráticamente» distribuida: mujeres rurales y urbanas, con mayor o menor educación formal, se encuentran esterilizadas en proporciones similares (18). La esterilización «voluntaria» ha devenido una práctica tan común en los diversos sectores demográficos, que la decisión de recurrir a esta cirugía no requiere ninguna explicación. Para mujeres, médicos, y la sociedad en general, la esterilización pareciera representar la forma «lógica» de poner fin a la reproducción (19).

En contraposición a lo que cabría esperar, dado el creciente uso de esta cirugía en el país y del legado de prácticas abusivas de control de la natalidad en América Latina (20), el «problema» de la esterilización

esterilización a comienzos de la década de los cuarenta, y también algunas de las mujeres entrevistadas trazaron la esterilización en sus familias hasta esa época. Sin embargo, si en países como Puerto Rico el uso de la esterilización con fines anticonceptivos se remonta a los años treinta, es factible pensar que en Costa Rica también pudieron haberse realizado esterilizaciones antes de los años 40, PRESSER, Harriet. *La Esterilización y el Descenso de la Fecundidad en Puerto Rico*, Bogotá, Asociación Colombiana para el Estudio de la Población/The Population Council, 1974 (p. 26).

- (14) Incluía el Cantón Central de la provincia de San José y ocho cantones circunvecinos.
- (15) GÓMEZ, Miguel. *Informe de la Encuesta de Fecundidad en el Área Metropolitana*, San José, Universidad de Costa Rica, Instituto Centroamericano de Estadística, 1968, cuadro 34, p. 115.
- (16) CHEN MOK *et al.*, nota 3, cuadro 7, p. 56.
- (17) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993: Fecundidad y Formación de la Familia*, San José, Caja Costarricense de Seguro Social, 1994, cuadro 9.14, pp. 9-28.
- (18) MADRIGAL PANA, Johnny. *Esterilización Femenina en Costa Rica: Evolución, Impacto y Determinantes*, [Tesis de Maestría], Universidad de Costa Rica, 1995, pp. 77 y 80 (inédita).
- (19) CARRANZA, nota 2.
- (20) Al respecto ver HARTMANN, nota 9. También, DEFENSORÍA DEL PUEBLO.

en Costa Rica ha sido concebido por las mujeres, los médicos y la sociedad en general, *no* como la necesidad de controlar (disminuir) su uso, sino como la necesidad de ampliar al máximo el acceso a la misma. Ello se debe, en gran medida, a la forma particular en que esta cirugía se ha hecho asequible a la gran mayoría de las mujeres.

El carácter popular y «democrático» de la esterilización se obtuvo en presencia de regulaciones muy restrictivas para su provisión. Hasta julio de 1999 la esterilización con fines anticonceptivos no se reguló y autorizó expresamente. Con anterioridad, la única legalmente permitida (21) era la llamada esterilización terapéutica (22), que debía ser ofrecida únicamente por motivos de salud, y eran los médicos los responsables finales de decidirla. La existencia de regulaciones restrictivas, y el consecuente establecimiento de mecanismos «no oficiales» pero públicamente reconocidos para burlar dichas restricciones, ha sido fuente de importantes inequidades en la distribución de la esterilización.

Sorprendentemente, a diferencia de la mayoría de los países de la región donde organizaciones no estatales han jugado un papel clave en la oferta de la esterilización (muchas veces también en presencia de

Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria I: Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo, Lima, Defensoría del Pueblo, [Serie Informes Defensoriales, Informe N. 7], 2000.

- (21) Si bien existen opiniones técnicas encontradas sobre el estatus legal de la esterilización en el país (ver nota 46), existe consenso popular en que la única esterilización que el Código Penal permite es la que se realiza con fines terapéuticos.
- (22) El uso dado a la esterilización sería mejor definido como «preventivo». La esterilización era utilizada para prevenir que se presentaran situaciones (vg. evitar que una mujer que tenía embarazos o partos difíciles se embarazara nuevamente), o que determinada situación empeorara, pero no para curar. Sin embargo, utilizo el término terapéutico porque este es el término con el que comúnmente se la denomina. Véase DRAPER, Heather. *Sterilization Abuse: Women and Consent to Treatment*. In: M. Lobjoit, M. Brazier (eds.), *Protecting the Vulnerable: Autonomy and Consent in Health Care*, London-New York, Routledge, 1991, pp. 77-100 (p. 77); SCHOEN, Johanna. *Between Choice and Coercion: Women and the Politics of Sterilization in North Carolina, 1929-1975*. *Journal of Women's History*, 2001, 13, 132-156 (p. 140).

regulaciones restrictivas) (23), el proveedor mayoritario de esta cirugía en Costa Rica ha sido el propio estado. Los hospitales pertenecientes a la seguridad social (24), mediante una reificación y transgresión diaria de las «restricciones» legales para el acceso a esta cirugía, han provisto la gran mayoría de las esterilizaciones (el 95% de las mujeres que estaban esterilizadas en 1999 habían sido operadas en los hospitales de la seguridad social) (25).

La historia de la provisión de la esterilización en Costa Rica puede ser, de manera muy esquemática, dividida en dos períodos. Uno, anterior a junio de 1999, en el que la esterilización constituía, por lo menos en el plano normativo, una herramienta «terapéutica» y los médicos ejercían el control formal de la distribución de esta cirugía. Otro, posterior a junio de 1999, cuando un nuevo decreto presidencial permitió esta cirugía con fines contraceptivos y estableció que las mujeres fueran las responsables de decidir la esterilización. Si bien la esterilización contraceptiva era también antes de 1999 práctica común en los servicios de salud, no hay duda de que el año 1999 marca un cambio: se permite formalmente el uso de este tipo de esterilización, adecuando de esta manera el marco normativo a la realidad, y se le da a la mujer la última palabra (materializada en la firma del consentimiento informado) en la decisión de esterilizarse. Todo esto ha sido interpretado por el movimiento de mujeres y la población en general como un cambio radical en la historia de la provisión de la esterilización y de los derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, no todo ha sido ruptura o cambio, y quiero prestar atención a «la salud», un concepto que por motivos diversos y en forma un tanto paradójica ha servido y sirve aun hoy, para legitimar el acceso

(23) En Colombia, por ejemplo, en 1986, más del 70% de las esterilizaciones habían sido provistas por PROFAMILIA, una organización sin fines de lucro, WILLIAMS, Timothy; OJEDA, Gabriel; TRIAS, Miguel. An Evaluation of PROFAMILIA's Female Sterilization Program in Colombia. *Studies in Family Planning*, 1990, 21, 251-264.

(24) Desde 1985, todos los hospitales públicos de Costa Rica pertenecen a la seguridad social.

(25) CHEN MOK *et al.*, nota 3, cuadro 12, p. 60.

a la esterilización con fines contraceptivos. La necesidad de preservar «la salud» o lo que restara de ella, al evitar los efectos deletéreos de un embarazo y/o parto en un cuerpo enfermo de mujer representaba, antes de 1999, el argumento normativo que posibilitaba el uso contraceptivo de la esterilización. Es también en nombre de «la salud», si bien que desde una concepción más amplia del término, que en 1999 se liberaliza el acceso a la esterilización. «La salud», por tanto, continua siendo en Costa Rica, el fundamento que legitima el uso de esta cirugía.

Antes de 1999 únicamente las mujeres enfermas o con riesgo de enfermar podían acceder a esta cirugía. La esterilización no era, por tanto, una herramienta a disposición de las mujeres para el control de su fertilidad, teniendo por única finalidad poner coto a la reproducción de una mujer cuando su médico consideraba que un embarazo pondría en riesgo la salud de su paciente. Paradójicamente, si bien «la salud» representaba el freno, constituía también el recurso que posibilitaba la esterilización. Normas, médicos y mujeres, entre otros, invocaban «la salud» para proporcionar y solicitar acceso a la esterilización, y en función de este concepto se organizaba la distribución de esta cirugía. Si bien a partir de 1999 «la salud» deja de desempeñar un papel cotidiano —la mujer es ahora quien decide la esterilización sin necesidad de ofrecer justificaciones al respecto—, la norma ha definido, con antelación, que toda esterilización es competencia de «la salud».

Este artículo analiza el papel operativo desempeñado por «la salud» en la provisión de la esterilización, dejando a un lado los significados específicos que el término pudo haber tenido y/o tiene para cada uno de los diversos actores que la invocaban. La utilidad de este término ha derivado, precisamente, de su capacidad para amparar todo interés que llevara y lleve a esta cirugía. Analizar «la salud» como vehículo para la distribución de la esterilización requiere concebir la existencia de posibles vías alternas. El caso documentado de Carolina del Norte (USA), donde tanto mujeres como médicos, durante la década de los sesenta, invocaron razones eugenésicas para solicitar y otorgar el acceso a la esterilización con fines contraceptivos (26), indica que, aún sujeta al

(26) SCHOEN, nota 22, p. 144.

control del gremio médico, «la salud» no representa el único vehículo posible para facilitar la distribución de la esterilización.

3. LA SALUD COMO ENFERMEDAD Y LA ESTERILIZACIÓN COMO «TERAPIA»

Desde su introducción en el país y hasta su liberalización en 1999, fue la corporación médica la que se encargó de normar la práctica de la esterilización mediante regulaciones cada vez más específicas que, a nivel formal, restringieron progresivamente el acceso a esta cirugía.

En un inicio prevalecía el criterio personal del médico y/o jefe de servicio de cada hospital. Las esterilizaciones eran generalmente practicadas durante las cesáreas, y existía consenso acerca de que este tipo de cirugía constituía una herramienta terapéutica. En concordancia con esta visión y con una práctica mundial que, con pocas excepciones, recién institucionaliza la esterilización como contraceptivo a partir de la década del 70 (27), cuando en 1968 el estado costarricense instituye el Programa Nacional de Planificación Familiar (28), la esterilización no es incluida como uno de los contraceptivos ofertados.

Si bien era «la salud» la que dictaba el uso de la esterilización, sorprendentemente existían requisitos referentes al número de hijos y

(27) BUMPASS, Larry. The Risk of an Unwanted Birth: The Changing Context of Contraceptive Sterilization in the U.S. *Population Studies*, 1987, 1, 347-363 (p. 347); MURPHY, M. Sterilisation as a Method of Contraception: Recent Trends in Great Britain and Their Implications. *Journal of Biosocial Science*, 1995, 7, 31-46 (pp. 31-32); ROSS, John A.; HONG, Sawon; HUBER, Douglas H. *Voluntary Sterilization: An International Fact Book*, New York, Association for Voluntary Sterilization, 1985; STYCOS, Mayone. Sterilization in Latin America: Its past and its future. *International Family Planning Perspectives*, 1984, 10, 58-64 (pp. 58-59).

(28) En Costa Rica, al igual que en muchos otros países de América Latina, los médicos introdujeron los anticonceptivos primero en su práctica privada y luego a través de organizaciones privadas y/o estatales, STYCOS, Mayone. *Ideology, Faith, and Family Planning in Latin America: Studies in Public and Private Opinion on Fertility Control*, New York, McGraw-Hill Book Company, 1971, pp. 396-397.

edad que una mujer debía tener antes de ser operada. A diferencia de lo ocurrido en Estados Unidos de Norteamérica, donde este tipo de requisitos figuró explícitamente en el Manual del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) (29), en Costa Rica estas estipulaciones parecieran haber tenido siempre un carácter informal y un tanto antojadizo. Según la información que me proporcionaron los ginecólogos que ejercían la profesión durante la década de los sesenta, había hospitales que requerían que la mujer hubiera tenido un mínimo de siete hijos para ser esterilizada, mientras que otros solicitaban un mínimo de cinco. El número de hijos requerido fue disminuyendo con el tiempo paralelamente al tamaño ideal de la familia. Así, según las sucesivas encuestas demográficas, durante la década de los setenta la mayor proporción de mujeres esterilizadas tenían seis o más hijos, mientras que en la década de los noventa la mayoría sólo tenían tres o cuatro (30).

La existencia de este tipo de estipulaciones es clara indicación de que la esterilización no sólo se realizaba en caso de enfermedad declarada, y mucho menos en caso de vida o muerte; las fronteras entre lo terapéutico y lo contraceptivo eran ya desde esa época y también en Costa Rica, borrosas (31). Fue precisamente lo borroso de estos límites,

-
- (29) El Manual del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomendaba, en su edición de 1965, que para que una mujer fuera esterilizada debía tener como mínimo 25 años de edad y 5 hijos, 30 años y 4 hijos vivos o 35 años y tres hijos vivos, citado en PRESSER, Harriet. *Contraceptive Sterilization as a Grassroots Response: A Comparative View of the Puerto Rican Experience*. In: S. H. Newman; Z. E. Klein (eds.), *Behavioral-Social Aspects of Contraceptive Sterilization*, Lexington, Lexington Books, 1978, pp. 25-48 (pp. 40-41). Estas recomendaciones eran conocidas como «the rule of thumb», y según ellas, la edad de una mujer multiplicada por su número de hijos debía ser igual o mayor a 120 para que fuera esterilizada, SHAPIRO, Thomas. *Population Control Politics: Women, Sterilization, and Reproductive Choice*, Philadelphia, Temple University Press, 1985, p. 87.
- (30) MADRIGAL, nota 18, cuadro 7.1, p. 111.
- (31) Las dificultades para mantener las indicaciones terapéuticas separadas de las contraceptivas («sociales») son claramente ejemplificadas por Lerner, en su análisis del uso dado a la esterilización terapéutica en pacientes con tuberculosis y enfermedad cardíaca en EE.UU. LERNER, Barron. *Constructing Medical Indications: The Sterilization of Women with Heart Disease or Tuberculosis, 1905-1935*. *The Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 1994, 49, 362-379. Ver también SCHOEN, nota 22, p. 140.

y la posibilidad que ello ofrecía para extender las fronteras de lo *terapéutico* e invisibilizar lo *contraceptivo*, lo que posibilitó hasta 1999, y a pesar del carácter crecientemente específico (y por ende restrictivo) de las regulaciones a este procedimiento quirúrgico, el uso generalizado de la esterilización en el país (32).

En 1969 el Colegio de Médicos y Cirujanos realizó el primer intento de estandarizar la práctica de la esterilización al establecer, en el Código de Moral Médica (inciso 10, parte III), que la esterilización debía practicarse sólo con «indicación médica específica». Al confinar la esterilización al ámbito de la enfermedad esta estipulación resultaba restrictiva. No obstante, era también flexible: con buena voluntad siempre podían encontrarse causas de orden médico que justificaran la cirugía. Sirvan a modo de ejemplo las «causas vasculares» (específicamente las várices), que representaron el 47% de las justificaciones médicas a las esterilizaciones realizadas entre 1969 y 1971 en uno de los dos hospitales de la seguridad social (33). La actitud positiva hacia esta cirugía y la relativa facilidad con que era realizada se reflejan en diversos estudios que señalan su crecimiento progresivo. Como reveló la primera encuesta de salud reproductiva llevada a cabo en el Área Metropolitana en 1964, un 6.1% de las mujeres (casadas o unidas) entre 20 y 50 años estaban esterilizadas (34). Un análisis de las esterilizaciones practicadas entre 1959 y 1969 en los 25 hospitales públicos y privados del país señaló que, aunque las cifras se encontraban probablemente subestimadas, la esterilización se había incrementado significativamente durante esos años (de 836 en 1959 a 3189 en 1969) (35). El efecto «facilitador»

(32) En su estudio sobre el uso de la esterilización en Carolina del Norte entre 1929-1975, SCHOEN, nota 22, p. 140, señala la «fluidez» que existía entre las fronteras de lo terapéutico, lo contraceptivo y lo eugenésico, y el uso pragmático que médicos y pacientes daban a dicha «fluidez».

(33) SOLÍS, Oscar; SOLÍS, Vilma. Análisis de ochocientas veintidós salpingectomías realizadas en el Hospital Dr. Calderón Guardia. Documento inédito, 1971. Ver también ROSERO BIXBY, Luis; CASTERLINE, John B. Difusión por Interacción Social y Transición de la Fecundidad: Evidencia Cuantitativa y Cualitativa de Costa Rica. *Notas de Población*, 1995, 23, 29-78 (p. 55).

(34) GÓMEZ, nota 15.

(35) THEIN, Tin Myaing; REYNOLDS, Jack. *Esterilización Femenina en Costa Rica 1959-1969*, San José, Universidad de Costa Rica, Centro de Estudios Sociales y de

desempeñado por «la salud» es evidente en la descripción del perfil de la mujer esterilizada en el transcurso de esos años:

«[C] casada legalmente, con poca educación, empleada como ama de casa, de alta edad (36 años) y paridad (6 nacidos vivos y un aborto), quién residía en el Área Metropolitana y quién fue referida por un médico al hospital San Juan de Dios por razones de salud...» (36).

En línea con los esfuerzos internacionales por controlar el crecimiento de la población, la década de los setenta trajo el laparoscopia, un aparato que permite visualizar los órganos internos y, así, esterilizar a través de una pequeña incisión en la pared abdominal (37). Como sucedió en otros países de la región, el Programa para la Educación Internacional en Ginecología y Obstetricia (PIEGO) se encargó de proveer a médicos costarricenses con el aparato y también entrenarlos en su uso (38). Según Hartmann (39), PIEGO ha sido una de las maneras a través de las cuales los Estados Unidos de Norteamérica han introducido la esterilización en el Tercer Mundo.

La «repentina» disposición de un número considerable de laparoscopios, aunada a la fascinación médica con el uso de la nueva

Población, 1973, p. 2. Los autores señalan, que muchas esterilizaciones eran registradas como «apendicetomías» o simplemente no registradas, particularmente cuando se practicaban durante las cesáreas.

(36) THEIN; REYNOLDS, nota 35, p. 4.

(37) PORTER, Cedric W.; JAROSLAV, F. Hulka. Female Sterilization in Current Clinical Practice. *Family Planning Perspectives*, 1974, 6, 30-38 (p. 30). Sin bien los laparoscopios existían desde antes de los años 70, y de hecho había dos en Costa Rica desde los años sesenta, su uso era muy limitado y restringido al diagnóstico. Fue durante los años setenta, y en el contexto de la esterilización, cuando el laparoscopia se popularizó BØRDAHL, Per. Tubal Sterilization: A Historical Review. *Journal of Reproductive Medicine*, 1985, 30, 18-24 (pp. 21-22); LITYNSKI, Grzegorz. *Highlights in the History of Laparoscopy: The Development of Laparoscopic Techniques—A Cumulative Effort of Internists, Gynecologists, and Surgeons*, Frankfurt, Main, Barbara Bernert Verlag, 1996, pp. 120-121.

(38) CARRANZA, nota 2, pp. 54-56.

(39) HARTMANN, nota 9, p. 246.

tecnología (40), entre otros factores, confluyeron para generar una escalada en las esterilizaciones, dando origen así a uno de los capítulos más polémicos en la historia de esta cirugía en el país. El número anual de esterilizaciones en 25 hospitales aumentó de 3397 en 1970 a 5489 en 1975 (41), y la tasa anual de esta cirugía durante la primera mitad de la década de los setenta se duplicó respecto a la segunda mitad de los sesenta (42).

En julio de 1976, a solicitud de los diputados de los principales grupos políticos, la Asamblea Legislativa instituyó una comisión para investigar la posible existencia de una campaña masiva de esterilizaciones en el país (43). Si bien dicha comisión concluyó que no había habido tal campaña de esterilización, sus efectos fueron notables. La corporación médica descubrió que existía el artículo 123 del Código

-
- (40) Las entrevistas que realicé a ginecólogos que practicaban la medicina durante la década de los setenta indican que la fascinación médica con el uso de la nueva tecnología, más que la intención de controlar el crecimiento de la población, parece haber jugado un papel fundamental en la propagación del uso del laparoscopia y la esterilización. Datos referentes a Colombia indican que este no fue el caso sólo en Costa Rica, WILLIAMS; OJEDA; TRIAS, nota 23, p. 251.
- (41) BOGAN Y CARVAJAL, citado en GÓMEZ, Miguel. Aspectos Demográficos de la Esterilización Femenina en Costa Rica. In: *Octavo Seminario Nacional de Demografía*, San José, Asociación Demográfica Costarricense, Dirección General de Estadísticas y Censos, Escuela de Estadística Universidad de Costa Rica, Instituto de Estudios Sociales en Población, 1986, pp. 101-118 (cuadro 2, p. 104).
- (42) ROSERO BIXBY, Luis. Dinámica Demográfica, Planificación Familiar y Política de Población en Costa Rica. *Demografía y Economía*, 1981, 15, 59-84 (cuadro 51, p. 70).
- (43) El expediente de la Comisión sólo indica que los diputados solicitaron la instauración de la comisión por las noticias aparecidas en la prensa escrita que señalaban la progresiva disminución de la fecundidad en el país y el incremento en la esterilización. Asamblea Legislativa, expediente 7628. Tampoco dan más información los autores que han trabajado esta cuestión: SANDOVAL, Guillermo. *Los Programas de Población en Costa Rica: El Caso de la Investigación Legislativa*. 1976, [Tesis de Licenciatura en Trabajo Social], Universidad de Costa Rica. 1979 (inédita); BARGUIL, Zaida; LUZ, Retana. *La esterilización femenina: sus aspectos jurídicos, médicos, demográficos y socio-políticos en Costa Rica*, [Tesis de Licenciatura en Derecho], Universidad de Costa Rica, 1983, p. 157 (inédita).

Penal el cual, a pesar de haber sido promulgado mucho tiempo atrás, sólo se convirtió en una amenaza en ese momento (1976) (44). Dicho artículo no menciona la esterilización explícitamente, pero declara delictivas aquellas lesiones que causen «pérdida de la capacidad de engendrar o concebir» y, en este sentido, podía interpretarse que regula la esterilización (45). Aunque el artículo 129 del mismo código admite dicha lesión no punible cuando se realiza con el consentimiento del «lesionado» y con el objetivo de mejorar la salud, el grado en que cubre la esterilización voluntaria (contraceptiva) es debatido todavía (46).

Los artículos 123 y 129 son actores fundamentales en la historia de la esterilización en Costa Rica y, en gran medida, han delimitado el terreno de lo posible e imaginable con esta cirugía. La normativa existente hasta la fecha (inclusive el decreto de 1999) es fruto de la conjunción del miedo (o recurso al miedo) de los médicos a ser castigados por practicar esterilizaciones contraceptivas (artículo 123), y de la posibilidad concreta que ofrece el artículo 129, a todos aquellos interesados en ampliar el acceso a la esterilización, de definir esta cirugía como una herramienta de salud.

-
- (44) El artículo 123 pertenece al Código Penal de 1970. Sin embargo, las lesiones que causan esterilidad también eran consideradas como actos criminales por los Códigos Penales de 1941 y 1918 (artículos 202 y 258 respectivamente). CASTILLO, Francisco. *La Esterilización Voluntaria en el Derecho Penal Costarricense*, San José, PASDIANA, 1984, p. 7.
- (45) ODIO, Elizabeth *et al.* *El Derecho y la Población en Costa Rica*, San José, Universidad de Costa Rica, Facultad de Derecho, 1973, p. 1.
- (46) Según CASTILLO, nota 44, la esterilización voluntaria aún sin justificación médica no constituye un crimen en Costa Rica. Para Beckles, en cambio, si la esterilización consensuada no está médicamente justificada constituye un delito para quien la practica, BECKLES, Virginia. La esterilización en su nueva reglamentación. *Ivstítia*, 1988, 21, 7-8 (p. 8). Por su parte, BARGUIL; RETANA, nota 43, p. 220, interpretan que la única esterilización que se permite en Costa Rica es la «curativa». ODIO *et al.*, nota 45, pp. 1 y 11, consideran que la esterilización es permitida cuando se realiza bajo recomendación médica y es consentida por el paciente. Finalmente, los juristas participantes en el Simposio «Derecho y Población» en 1973, concluyeron que la esterilización contraceptiva era un crimen proscrito por el Código Penal.

La posibilidad de ser denunciados e incluso castigados con penas de tres a diez años de prisión, inició un movimiento por parte de los ginecólogos, con el apoyo del Colegio de Médicos y Cirujanos (CMC), destinado a «legalizar» las esterilizaciones (47). En agosto de 1976, el CMC emitió sus propias regulaciones para la provisión de la esterilización. Estas regulaciones funcionaron bajo recomendación del gremio médico durante doce años y adquirieron en 1988, al ser sancionadas con mínimas variaciones por el Presidente de la República (48), el carácter de decreto presidencial. El decreto del 88, como era conocido, reguló la práctica de la esterilización hasta 1999, año en que el control (formal) del gremio médico sobre la esterilización llegó a su fin.

Como el Código de Moral Médica establecía anteriormente, las nuevas regulaciones consideraban la esterilización con fines «terapéuticos» una manera de proteger la salud dejando fuera, una vez más, la esterilización voluntaria contraceptiva. No obstante, las nuevas estipulaciones iban más lejos que el Código de Moral Médica pues enumeraban las patologías que podían ameritar esterilización (49), restringiendo aun más, al menos formalmente, el acceso a esta cirugía. A su vez, la decisión de a quien esterilizar quedaba en manos de un grupo de médicos en cada hospital, supervisados por el Comité de Reproducción Humana del CMC. Sorprendentemente, durante su reinado —de 1976 a 1999— estas regulaciones legitimaron el acceso a la esterilización y ayudaron a popularizar su uso. La proporción de esterilizadas (entre las mujeres que usaban anticoncepción) se incrementó del 16.7% en 1986 al 19.7% en 1993, y la esterilización se convirtió en el contraceptivo más utilizado en el país (50). Por su parte, el porcentaje de esterilizaciones

(47) Para muchos de los ginecólogos que entrevisté dicho movimiento aun no ha finalizado. Si bien el decreto de 1999 «legaliza» la esterilización contraceptiva, la gran mayoría de los ginecólogos argumentan, correctamente según el jurista CASTILLO, nota 44, p. 61, que «un decreto presidencial nunca puede estar por encima del Código Penal».

(48) Por entonces Oscar Arias Sánchez.

(49) Si bien regulaban también la esterilización en el hombre, la gran mayoría de las enfermedades aceptadas afectaban a las mujeres.

(50) Hasta ese entonces, y desde al menos 1976, la píldora anticonceptiva era el método más utilizado, CAJA COSTARRICENSE, nota 17, cuadro 9.11, pp. 9-25.

realizadas en instituciones de la seguridad social se incrementó del 90 al 95% (51). El decreto de 1988, que es todavía hoy ampliamente caracterizado como «restrictivo», aunque de manera intrincada parece haber facilitado una serie de negociaciones sociales que posibilitaron un acceso más amplio a la esterilización.

En realidad, las restricciones a la esterilización no tenían por objeto limitar el acceso a la cirugía sino ofrecer a los médicos un marco legal en el cual actuar, un soporte legal que los médicos percibían (y todavía perciben) como necesario en su práctica pública (52). Los autores del decreto eran conscientes de que las regulaciones eran formalmente muy restrictivas y que la mayoría de las esterilizaciones que habían venido realizando no encajaban en el nuevo marco normativo. No obstante, sabían que las indicaciones serían sencillas de «interpretar» pues habían sido concebidas y funcionaron como un mecanismo facilitador.

3.1. *Toda esterilización una esterilización «terapéutica»*

A partir del momento en que fueron promulgadas, las indicaciones para la esterilización comenzaron a ser liberalmente interpretadas sobre la base de un acuerdo médico y social implícito respecto a las diversas circunstancias que justificaban la esterilización. Las «razones sociales» constituían una de las justificaciones, y el acuerdo para esterilizar entre mujeres y médicos de la seguridad social era frecuentemente sellado en su nombre. Así, aunque el decreto de 1988 no hacía ninguna referencia a la «situación socio-económica», existía un acuerdo generalizado entre mujeres, médicos y la población en general acerca de considerar la «pobreza» en una mujer próxima a los 35 años y con tres

(51) CAJA COSTARRICENSE, nota 17, cuadro 10.2, p. 10.

(52) La mayoría de los ginecólogos que entrevisté mencionaron que en su práctica privada son capaces de establecer una relación con la paciente que permite juzgar el grado de seguridad respecto a la decisión de esterilizarse. En cambio, argumentan que en el ámbito de lo público, dada la forma en que la atención está organizada, es frecuente que no lleguen a conocer de la paciente más que el abdomen en el cual van a operar.

o más hijos, como un criterio para la esterilización. Las mujeres podían, generalmente, contar con la sensibilidad del médico al «ruego» de la pobreza y concientes de ello manifestaban verbalmente, o por escrito en su solicitud de la cirugía (53), las razones sociales que hacían necesaria la esterilización (54).

La estrategia consistió en hacer la esterilización contraceptiva invisible, o dicho de otra manera, reconfigurar cada esterilización contraceptiva en una terapéutica y, en este sentido, las nuevas regulaciones no instituían nada nuevo, simplemente oficializan la práctica del recurso a la salud (enfermedad) como justificante para la esterilización contraceptiva. Así, si el médico era de la opinión de que, dada su mala situación económica, una determinada mujer no estaba en condiciones de tener más hijos, sólo tenía que encontrar una razón médica que justificara la cirugía. Y esto era siempre posible. Puede decirse, que habían sido tomadas previsiones para que así fuera.

Las regulaciones promulgadas como decreto ejecutivo en 1988, y antes como directriz del CMC, dejaban una puerta abierta para la esterilización contraceptiva. «Nos apoyábamos mucho en el 10.4.7» me dijo uno de los ginecólogos que entrevisté. Este artículo garantizaba acceso a la esterilización a una mujer «que ha tenido múltiples partos y que tiene riesgo obstétrico real o potencial». No especificaba cuántos partos debían considerarse como múltiples, y mucho menos qué debía entenderse como riesgo potencial (55). Un estudio llevado a cabo en un

(53) Las mujeres debían solicitar la cirugía por escrito.

(54) Me baso aquí en la revisión de expedientes hospitalarios y en mi experiencia personal como médica. Ver también DEFENSORÍA DE LOS HABITANTES. *La Esterilización y los Derechos Humanos*. Documento presentado en el taller «Propuesta de Modificaciones al Reglamento de Esterilizaciones» organizado por el Comité de Reproducción Humana del Colegio de Médicos y Cirujanos, San José, 31 de julio de 1998 (p. 6).

(55) En las regulaciones de 1976 esta indicación era más precisa, calificando el número y estado de los hijos (4 o más hijos vivos), la edad de la mujer (mayor de 30 años), y el grado del riesgo (alto), SANDOVAL, nota 43, p. 138. No he podido encontrar información referente al momento preciso en que este cambio tuvo lugar ni a los argumentos que lo justificaron.

hospital de la seguridad social a mediados de la década de los setenta mostró que la *multiparidad* figuraba, en un 80% de los casos, como el motivo de la esterilización (56).

Las varices continuaron siendo otra justificación frecuente para la esterilización. La distopia uterina, una condición en la que el útero se encuentra fuera de su posición habitual, también se invocaba con frecuencia, ya que según uno de los ginecólogos que entrevisté, este órgano siempre podía estar «un poquito a la izquierda o un poquito a la derecha». O, en palabras de otro ginecólogo, podía simplemente argumentarse que la mujer «estaba loca, o que se deprimía después del parto, y entonces calzaba en las indicaciones psiquiátricas». Aun cuando formalmente restrictivas, la intención de estas regulaciones no era limitar el acceso a la esterilización sino, por el contrario, ampliarlo. Paradójicamente, los mismos médicos habían establecido los parámetros para que la mayoría de las esterilizaciones se volvieran (técnicamente) ilegales y, sin embargo, sentían que la puerta estaba abierta para trabajar con legitimidad.

3.2. *Una distribución arbitraria*

Pero, si bien estas regulaciones permitieron que en un plano general un mayor número de mujeres ganara acceso a la esterilización, a nivel individual fueron fuente de grandes injusticias. A pesar de ser de aplicación obligatoria en todo el país, las regulaciones a la esterilización sólo se aplicaban en la práctica pública y a discreción del médico (57).

En las instituciones de la seguridad social esterilizarse tenía un gran componente de azar pues las mujeres no podían elegir médico, y quedaban a merced de la actitud personal del profesional de turno respecto a la esterilización. Lo que complicaba aun más la situación era, como señalaba uno de los ginecólogos que entrevisté, que el decreto del 88

(56) BLANCH, José; PASTOR, Zaday; PRADA, Carlos. *Estudio de Mujeres Esterilizadas*, San José, Asociación Demográfica Costarricense, 1975, cuadro 4, p. 14.

(57) En el ámbito de la consulta privada la esterilización ha estado siempre disponible, y el acceso a la misma no ha sufrido ningún cambio tras su regulación.

permitía «esterilizar a todo el mundo, o no esterilizar a nadie». Consecuentemente, aquellos médicos que esterilizaban antes de la promulgación del decreto continuaron haciéndolo y médicos, hospitales, inclusive, ciudades enteras se hicieron famosos por la relativa facilidad con que se podían obtener las esterilizaciones. Por el contrario, si el médico no quería esterilizar no había manera de encontrar una patología lo suficientemente grave que ameritara la cirugía. Médicos y hospitales de la seguridad social lograron renombre pero, en esta ocasión, por su *estricta* aplicación del decreto y consiguiente alto porcentaje de rechazo de solicitudes de esterilización. Sin embargo, un número significativo de estos médicos realizaba esterilizaciones en su práctica privada e inclusive en la seguridad social, pero a cambio de pagos ilegales. El decreto del 88, al explicitar las condiciones que justificaban la esterilización, puso a la mayoría de las mujeres que procuraban esta cirugía al margen de la ley y, para algunos médicos, esto se convirtió en un negocio lucrativo bajo la lógica de que si iban a delinquir, por qué iban a hacerlo gratis (58). La situación resultaba aún más complicada en algunos hospitales donde los médicos tenían por costumbre solicitar prueba escrita del consentimiento del marido, e inclusive, certificados de nacimiento de los hijos, a pesar de que el decreto del 88 sólo requería la firma de la mujer.

Como resultado de la aplicación del decreto se dieron una variedad de situaciones que iban del acceso prácticamente libre a la esterilización, para las pocas mujeres que podían pagarla privadamente, al acceso tortuoso y/o restringido para la gran mayoría de las mujeres que recurrían a las instituciones de la seguridad social, pasando por aquellas mujeres que querían o podían hacer un pago ilegal para ser esterilizadas en los hospitales de la seguridad social (59). Estos últimos casos fueron estimados en alrededor de un 10% entre 1986 y 1993 (60).

(58) De acuerdo a algunos de los médicos que entrevisté, ésta era la lógica que movía a «otros» a cobrar ilegalmente.

(59) Este tipo de arreglo implica únicamente el pago al médico y resulta más barato que esterilizarse en una clínica privada donde habría que pagar también otros costos.

(60) PANA, Madrigal. *Reflexiones sobre la Esterilización en Costa Rica*, San José, Asociación Demográfica Costarricense, 1987, cuadro 8, p. 24; CAJA COSTARRICENSE, nota 17, cuadro 10.8, pp. 10-16.

En 1992, Rosemary Madden, una abogada perteneciente a CLADEM (Comité Latinoamericano por la Defensa de los Derechos de la Mujer), solicitó a la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia que declarara inconstitucional la práctica médica de solicitar el consentimiento del marido para la esterilización. Esta solicitud marcó públicamente la involucración del movimiento de mujeres con la esterilización y, si bien la solicitud no fue aceptada por la Sala Constitucional, hizo explícito el descontento generalizado con el acceso restringido a esta cirugía y, lo que es aun más importante, le dio un nuevo giro al problema. A partir de entonces la esterilización se convirtió en un asunto de las mujeres y los médicos en el principal «obstáculo» para acceder a ella (61). El problema con el acceso a la esterilización fue definido en términos de quién, de hecho, tomaba la decisión, y quién tenía el legítimo derecho de decidir. Fue en este contexto como surgió la oportunidad de reformar el decreto que regulaba la esterilización. Una oportunidad que brindó el CMC y que el movimiento de mujeres aprovechó para plantear una lucha por los derechos sexuales y reproductivos.

4. *LA SALUD COMO BIENESTAR Y LA ESTERILIZACIÓN CONTRACEPTIVA COMO UNA HERRAMIENTA PARA SU PROMOCIÓN*

En 1997, el Comité de Reproducción Humana del CMC decidió revisar el decreto de esterilizaciones. Según el Dr. Montiel Larios, coordinador del comité, la revisión pretendía ampliar la lista de enfermedades que podían justificar la esterilización (62), y para ello solicitó a

(61) Hasta esa fecha las mujeres habían estado prácticamente ausentes del debate público sobre la esterilización. Las pocas declaraciones públicas existentes provienen, principalmente, de la prensa escrita, tienden a ocurrir en momentos en que la esterilización (y sus proveedores) estaban siendo cuestionados y puede decirse que apoyan a los médicos: «A las mujeres de Costa Rica». *La Nación*, 31 enero de 1977, p. 26; «La apocalíptica esterilización». *La Nación*, 26 junio de 1983, p. 7.

(62) Según los médicos que entrevisté, el decreto del 88 era obsoleto desde que se aprobó ya que había sido escrito 12 años antes. Como ejemplo de su obsolescencia frecuentemente mencionaban la no consideración del SIDA entre las causas de esterilización.

todas las organizaciones de especialistas médicos que actualizaran la lista de las patologías que ameritaban la cirugía. La revisión pretendía, también, contrarrestar el énfasis «biologicista» del decreto mediante la incorporación de la «patología social» como una de las justificantes de la esterilización (63). Con esta última modificación el CMC intentaba dar respaldo legal a los médicos que practicaban esterilizaciones por este motivo —recordemos que de hecho un porcentaje significativo de las esterilizaciones se hacían por «causas sociales»— y, también, resolver desigualdades en la distribución de esta cirugía (64). A través de la «medicalización» de «lo social», el CMC ampliaba las disposiciones pero dentro del marco de un código penal que exigía (y exige aún) que las razones para esterilizar fueran de salud (65). La idea inicial no era por tanto abolir los requerimientos relacionados con la salud y promover una esterilización contraceptiva voluntaria sino ampliar la lista de aquello que podía ser considerado como una razón de salud. Y esto fue lo que se consiguió, aunque por vías diversas.

En 1998, ya con una propuesta preliminar de decreto, el CMC convocó un taller de discusión. Con excepción de la Oficina de la

(63) La versión final de la propuesta de un nuevo decreto incluía bajo la categoría de «riesgo psico social»: malnutrición severa, condiciones sanitarias deficientes y hacinamiento, escasas posibilidades de ofrecer a los hijos educación y desarrollo adecuado, drogadicción y alcoholismo en alguno de los progenitores, violencia familiar y abuso sexual (CMC, octubre 1998, RH.107.98).

(64) Las inequidades en la distribución de la esterilización no sólo hacían referencia a los múltiples requerimientos a los que debían someterse las pacientes de la seguridad social en comparación con las de los servicios privados sino también, y tal vez principalmente, al hecho de que las mujeres que «más necesitaban» la esterilización (pobres y con muchos hijos) se quedaban sin ella. Este último argumento fue esgrimido por todos aquellos interesados en liberalizar el acceso a la esterilización, particularmente por el movimiento de mujeres (CARRANZA, nota 2, pp. 69-71).

(65) La medicalización de «lo social» como medio para ampliar el acceso a la esterilización no fue sólo idea del gremio médico. Para la misma Defensoría de los Habitantes, instancia que a través de su Oficina de la Mujer jugaría mas tarde un papel fundamental en la liberalización de la esterilización, ello había representado un año antes, la salida más lógica (Defensoría de los Habitantes de la República, Carpeta N° 1223-23-95, oficio N° CV-1202-96, pp. 6).

Mujer de la Defensoría de los Habitantes (OMDH), ningún grupo de mujeres fue invitado a participar a pesar de que se cursaron solicitudes. En el taller, la delegada de la OMDH hizo una propuesta, previamente adoptada como consenso por el movimiento de mujeres (66), que contenía los puntos básicos de lo que más tarde sería el decreto de 1999. La propuesta señalaba el carácter restrictivo del decreto del 88 frente a las concepciones de salud sexual y reproductiva acordadas por la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (ICPD, 5-13 de septiembre de 1994, El Cairo) y la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer (4-15 de septiembre de 1995, Beijing), firmadas ambas por Costa Rica (67). La propuesta incluía, entre otros puntos, aceptar la voluntad de la persona como criterio válido y suficiente para la esterilización así como que fuera el Ministerio de Salud, en lugar del CMC, quien regulara la cirugía (68).

La presión a través de los medios masivos de comunicación, alianzas con personalidades políticas claves, cartas, reuniones y actos públicos, fue exitosa no sólo en involucrar a las cúpulas del Ministerio de Salud en la esterilización sino, también, en relegar al CMC. El Ministerio de Salud nombró una comisión oficial que redactó una nueva propuesta de decreto. Para la mayoría de los médicos, el contenido del nuevo decreto fue una sorpresa.

El 14 de mayo de 1999, el Presidente de la República y su Vice-ministra de Salud firmaron el Decreto *Salud Reproductiva* 27913-S (69).

(66) El apoyo de los grupos de mujeres a la liberalización de la esterilización fue unánime, abarcando grupos feministas y grupos de mujeres organizadas alrededor de temas específicos. Cabe destacar aquí al grupo Agenda Política de Mujeres Costarricenses que junto con la OMDH movilizó al resto de los grupos.

(67) La definición de salud reproductiva adoptada por la conferencia de El Cairo va mucho más allá de la mera ausencia de enfermedad, entendiendo la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. PETCHESKY, Rosalind. From Population Control to Reproductive Rights: Feminist Fault Lines, *Reproductive Health Matters*, 1995, 6, 152-161.

(68) DEFENSORÍA DE LOS HABITANTES DE LA REPÚBLICA, nota 54.

(69) *Diario Oficial La Gaceta*, junio 9, 1999.

En contraposición al decreto del 88, que trataba exclusivamente la esterilización, el decreto del 99, como su nombre indica, abordaba aspectos de carácter general sobre la salud sexual y reproductiva, refiriéndose a la esterilización sólo en el apartado *d* del artículo quinto. El nuevo decreto define la salud como un producto social, otorgando a individuos(as), grupos sociales y comunidades un protagonismo en su construcción; reconoce el derecho de las personas a «controlar todos los aspectos de su salud», en particular su propia capacidad reproductiva, y señala la responsabilidad indelegable del estado costarricense de velar por la protección de los derechos a la salud sexual y reproductiva así como a respetar y cumplir los compromisos internacionales asumidos en esa materia. En contraste con el decreto del 88, que reglamentaba la esterilización con fines terapéuticos, concibiéndola como una forma de «proteger la salud», y limitando su uso al ámbito de la patología de «la paciente» y a la intervención del médico, el decreto del 99 reconoce, por primera vez en Costa Rica, a la esterilización como un método de control de la fertilidad, y otorga acceso a esta cirugía a todas las mujeres a partir de la mayoría de edad a los 18 años, previa asistencia a una sesión informativa para la toma de la decisión y la firma de un formulario de consentimiento informado. El decreto del 99 se distinguía también por retirar la responsabilidad del control de la esterilización al Colegio de Médicos y Cirujanos y delegársela al Ministerio de Salud.

Una vez la noticia sobre el nuevo estatus «legal» de la esterilización se hizo pública a través de los medios de comunicación centenares de mujeres acudieron a solicitarla a los principales hospitales de la seguridad social. El número anual de esterilizaciones registradas en estos centros se incrementó en un 60% entre 1998 y el 2002 (70).

(70) Caja Costarricense de Seguro Social, Sección Estadísticas de Salud, Base de datos de Egresos Hospitalarios 1998-2002, Costa Rica. Se desconoce a la fecha, qué porcentaje de este incremento pueda corresponder a la declaración de las cirugías que antes no se declaraban. Ver nota 35.

5. *PREVINIENDO Y PROMOVRIENDO: SALUD ANTES Y SALUD DESPUÉS*

En este artículo he tratado de mostrar como *la salud* ha sido un vehículo fundamental para la propagación y «distribución» de la esterilización con fines contraceptivos en Costa Rica. Fue la salud —el mismo concepto que teóricamente circunscribía el uso de la esterilización al ámbito de lo terapéutico— la que permitió hasta junio de 1999, el acceso generalizado a la esterilización contraceptiva. Es también la salud, si bien que desde una concepción mas amplia del término, la que a partir de 1999 fundamenta la liberalización del acceso a esta cirugía. El decreto de 1999 fue exitoso en garantizar a las mujeres adultas acceso «libre» a la esterilización, sin embargo, no refutó el fundamento que, previo a su aprobación, formalmente restringía el acceso a esta cirugía. La salud, en un sentido más restringido o más amplio, era y sigue siendo la que legitima el uso de la esterilización en Costa Rica.

Pero si bien la salud continúa siendo el fundamento que posibilita la distribución de la esterilización, ha habido un cambio importante: el argumento de la salud ha dejado de ser un instrumento facilitador en la consecución de la esterilización en los hospitales. Aún cuando el fin último de toda esterilización sigue siendo la salud, a partir de junio de 1999 son las mujeres las que deciden esta cirugía sin necesidad de justificaciones. Los médicos, por su parte, ya no son los guardianes de la esterilización; no tienen que ser convencidos de la necesidad de esta cirugía ni tampoco «interceder» por sus pacientes.

Numerosos factores deberían ser considerados para entender por qué la salud ha sido un argumento clave para la esterilización. La fuerte presencia de la religión católica (lo que motivó, en gran medida, que la esterilización y planificación familiar fueran introducidas en Costa Rica como herramientas «médicas» y no «contraceptivas»), el código penal, y los acuerdos internacionales en los cuales se sustentó la liberalización de esta cirugía, entre otros, han permitido que la esterilización haya sido y continúe siendo entendida como una cuestión de salud.

Pero la salud ha sido invocada por diversos actores y para diversos fines. Este artículo ha mostrado que en Costa Rica, al igual que en otros países de América Latina, los médicos han sido agentes clave para la

propagación de la esterilización (71). Fueron los médicos quienes inicialmente prescribieron esta cirugía en sus consultorios privados y públicos, y fueron también ellos, particularmente aquellos que trabajaban en la seguridad social, el blanco de las tecnologías seductoras promovidas por agencias interesadas en esterilizar más y mejor. En el caso particular de Costa Rica, la seguridad social ha maximizado la influencia médica en dicha propagación, al mismo tiempo que, paradójicamente, la ha mantenido dentro de ciertos límites. La existencia de un seguro social de amplia cobertura ha permitido que la esterilización se popularice y distribuya homogéneamente entre las mujeres del país. Pero, también, ha impedido, muchas veces contra la voluntad individual de las mismas mujeres, que el uso de la esterilización alcanzara dimensiones aún mayores o que se instituyera mediante vías alternas aún más «perversas», como en el caso de Brasil donde la cesárea constituye una de las principales vías de acceso a la esterilización (72).

(71) En el caso de Brasil ver CAETANO, nota 9. En el caso de Puerto Rico ver HENDERSON, Peta M. *Population Policy, Social Structure and the Health System in Puerto Rico: The Case of Female Sterilization*, [Tesis de Doctorado], University of Connecticut, 1976 (inérita).

(72) BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar a espera de uma ação exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos. *Estudos Feministas*, 1993, 1, 366-381.