



# LA APROBACIÓN DEL DECRETO EJECUTIVO N.º 27913-S Y LA AMPLIACIÓN DE DERECHOS REPRODUCTIVOS PARA LAS MUJERES COSTARRICENSES

DORIS FERNÁNDEZ CARVAJAL\*

## Resumen

En junio de 1999 se aprobó el Decreto Ejecutivo N.º 27913-S que permitía la esterilización de mujeres y hombres mayores de edad para cortar de manera voluntaria con su ciclo reproductivo. A partir de este momento, las mujeres han hecho uso de este nuevo derecho. Este artículo muestra lo importante que ha sido en la vida de un grupo de mujeres residentes en las comunidades de Morales, Costa de Pájaros y Manzanillo de Chomes, provincia de Puntarenas, Costa Rica, la aprobación de este Decreto. El artículo está estructurado en cinco partes, en la primera se plantean algunos ejes teóricos que orientaron el trabajo, de seguido se presentan las características sociales y demográficas más importantes de las participantes, en la tercera se describen los motivos que incidieron en la decisión de la esterilización, en la cuarta alguna información sobre el Decreto, que ayuda a contextualizar las condiciones de vida de las mujeres; y, finalmente, algunas conclusiones.

**Palabras clave:** Decreto Ejecutivo N.º 27913-S, derechos reproductivos, esterilización femenina, salpingectomía.

## Abstract

*In June 1999, the approval of Executive Order N° 27913-S in Costa Rica allows sterilization for both adult male and female to voluntarily interrupt their reproductive cycle. From this point forward, women in this country started to claim this new right. This article highlights how important the approval of this decree for a group of 40 women in the communities of Morales, Costa de Pájaros and Manzanillo de Chomes located in the province of Puntarenas has been. Data used for this article is based on an investigation conducted by the Institute of Women Studies of the National University of Costa Rica, which concluded in 2008. The article consists of sections: the first part addresses some theoretical axes that guided this study, followed by social and demographic characteristics of its participants. Third part describes the reasons that influenced their choice to get sterilization; then it presents some decree-related*

\* Costarricense, socióloga, máster en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica y Universidad Nacional. Labora como académica en el Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad Nacional, Costa Rica.

*information that helps to contextualize the living conditions of women involved and finally some conclusions.*

**Keywords:** Executive Decree N.º 27913-S, Reproductive Rights, Female Sterilization, Salpingectomy.

## I. Introducción

La información para la elaboración de este trabajo se tomó de una investigación que se realizó desde el Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad Nacional, Costa Rica y que finalizó en el año 2008.

Se realizó con un grupo de cuarenta mujeres residentes de las comunidades de Morales, Costa de Pájaros y Manzanillo de Chomes, provincia de Puntarenas, Costa Rica. Esta es una zona rural costera cuya población vive principalmente de la pesca artesanal.

La investigación se planteó dos objetivos, el primero de ellos buscaba identificar los factores de tipo económico, sociales, culturales e ideológicos que llevaron a las mujeres a optar por la salpingectomía<sup>1</sup> de manera voluntaria; y el segundo, caracterizar las vivencias de la sexualidad de las mujeres antes y después de la esterilización. Para efectos de este trabajo se definió como vida sexual o vivencia sexual, aquellas prácticas coitales heterosexuales.

<sup>1</sup> Intervención quirúrgica en la que a la mujer se le cortan las trompas de Falopio con el fin de impedir la concepción o embarazo.

La metodología utilizada hizo una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas y para ello se aplicó, primeramente, un cuestionario y, de seguido, entrevistas en profundidad. El estudio de la sexualidad de las mujeres partió del enfoque constructivista, el cual plantea que la sexualidad humana más que estar determinada exclusivamente por la biología, se construye o configura a partir de una serie de dimensiones, económicas, sociales y culturales.

## II. Derechos reproductivos como derechos humanos

Los derechos reproductivos deben entenderse en el marco de los derechos humanos como inherentes a la persona humana, destinados a garantizar la capacidad de decidir sobre la reproducción. Estos tienen que ver con que las mujeres puedan apropiarse de sus cuerpos, en reconocer que no pueden ser sujetas de derechos humanos sino tienen el control, así como la determinación para el ejercicio de la sexualidad y la procreación.

La reivindicación de los derechos reproductivos surge de las luchas de las mujeres por alcanzar su autonomía y empoderamiento no solo para acceder a información y servicios de salud, sino que, además, con las decisiones sobre su cuerpo. El reclamo de los derechos reproductivos guarda relación con la noción de ciudadanía, porque las personas se constituyen en sujetos políticos con identidad propia cuando hacen uso de sus derechos.

Las conferencias internacionales tales como la Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena del año 1993, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, la Cumbre Social de Copenhague de 1995, y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995, han constituido para las mujeres importantes espacios para demandar el reconocimiento de sus derechos.

Es en la conferencia sobre Población y Desarrollo cuando aparece una definición sobre derechos reproductivos:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (Naciones Unidas, 1995: 37)

Si bien la definición y el reconocimiento de los derechos reproductivos supone

un importante avance, las autoras Coorea y Petchesky (2001) sostienen que la promulgación de los derechos se hace insuficiente cuando no se aseguran a las condiciones para que estos puedan ponerse en práctica. En este sentido, consideran que el discurso de los derechos debe ser “reconstruido” para que logre especificar las diferencias de género, de clase, de cultura.

De acuerdo con esto, es que la aprobación del Decreto Ejecutivo N.º 27913-S en junio del año 1999, abre posibilidades para que mujeres y hombres mayores de edad puedan acceder a la esterilización de manera voluntaria. Es decir, la aprobación de este Decreto implica un cambio en el ejercicio del poder, pues traslada esta valiosa decisión a las personas. La aprobación de este Decreto viene a ser una herramienta legal muy importante en manos de mujeres costarricenses, quienes pueden optar por esta decisión que antes les estaba prohibida. Antes de la aprobación de este Decreto la materia de la esterilización femenina o salpingectomía se practicaba a mujeres que tenían muchos hijos, o cuyo embarazo implicara riesgos para su salud. Esta era prescrita por un médico y además tenía que ser aprobada o avalada por el esposo o compañero.

### III. Características sociales y demográficas de las mujeres

A continuación se presentan algunas características sociodemográficas de las mujeres participantes en esta investigación con la finalidad de mostrar quiénes

son, ubicar el contexto en el que desarrollan sus vidas y toman la decisión de la salpingectomía, para comprender el significado que esta tuvo en sus vidas. El siguiente cuadro muestra las características más relevantes.

considerar aspectos de tipo económico, social y cultural, pues estos son los elementos que permiten comprender el marco o contexto en el cual viven las mujeres y que mediaron en tan relevante decisión de vida. Se

**Cuadro N.º 1**  
**Características sociodemográficas de las mujeres participantes**

|  |                   |
|--|-------------------|
| Edad promedio al momento de la esterilización            | 33 años           |
| Años promedio de haberse operado                         | 4 años            |
| Estado civil: casadas y en unión libre                   | 88% (35 mujeres)  |
| Primaria completa  | 42% (17 mujeres)  |
| Primaria incompleta                                      | 33% (13 mujeres)  |
| Familia promedio: padre, madre, 3.5 hijos(as)            | 5 personas        |
| Familia monoparental: a cargo de una mujer               | 12% (5 mujeres)   |
| Familiar nuclear: padre, madre e hijos(as)               | 88% (35 mujeres)  |
| Familias con hombre como principal proveedor de ingresos | 65% (26 familias) |
| Una pareja de convivencia                                | 52% (21 mujeres)  |
| Dos o más parejas de convivencia                         | 48% (19 mujeres)  |
| Años promedio de convivencia en pareja                   | 13 años           |

**Fuente:** elaboración propia con base en los datos de los cuestionarios.

Como se puede apreciar, ellas fueron mujeres que estaban casadas o en unión libre, con 3.5 hijos promedio, con baja escolaridad, que dependían económicamente de su esposo o compañero y que se operaron entre los años 2000 y 2003, con más de treinta años.

#### **IV. ¿Por qué las mujeres decidieron esterilizarse?**

Para comprender los motivos que llevaron a las mujeres a tomar la decisión de la esterilización<sup>2</sup> es pertinente

pudo determinar que alrededor de la esterilización de las mujeres se tejió una serie de aspectos que, de manera interrelacionada, las llevaron a tomar la decisión. A continuación se exponen con detalle:

##### **a. Situación económica de las mujeres y sus familias**

Las mujeres mencionaron la “*situación económica*” de la familia como uno de los principales motivos que las llevaron a tomar la decisión de la esterilización. La economía del lugar está ligada a la pesca artesanal pues es la principal actividad generadora

<sup>2</sup> Para efectos de este trabajo se hace alusión a esterilización, operación y salpingectomía como sinónimos.

de ingresos para la mayor parte de las familias. Si bien esta actividad es realizada principalmente por los hombres y para muchos de ellos es lo que han hecho toda su vida, las mujeres y los niños se integran ocasionalmente como ayudantes o peones.

Es usual que los hombres deserten de la escuela o colegio y se involucren en la pesca para “ayudar” con el ingreso a su familia, en el caso de las mujeres, desde muy jóvenes establecen una vida en pareja y son madres a temprana edad.

Si bien las mujeres se dedicaban a la realización de oficios domésticos, también llevaban a cabo otras actividades para aumentar los ingresos tales como venta de alimentos, de ropa, y trabajos de manicure. Estas se hacían de manera esporádica, por lo que un 65% (26) eran dependientes económicamente de su esposo o compañero.

En estas familias, los roles de género se asumieron según el mandato de la división sexual del trabajo, el hombre a cargo de las labores productivas y de proveer los medios materiales para la manutención de la familia; por su parte, la mujer encargada de las tareas reproductivas, de los oficios domésticos, la atención y cuidado de los hijos(as).

Es importante señalar que el lugar no ofrece otras alternativas de empleo para hombres ni para mujeres y junto con la baja escolaridad que presentan les reducen aún más las posibilidades

de acceder a otras opciones laborales. Hay que recordar que un 42% de las mujeres apenas logró terminar la primaria mientras que un 33% no lo pudo hacer.

Desde hace unos años la actividad pesquera artesanal en el golfo de Nicoya ha venido perdiendo el dinamismo que tuvo tiempo atrás, la captura de las especies de mayor valor comercial, como el camarón jumbo y la corvina ha disminuido. Prueba de ello es que, en 1995 se desembarcaron 5993 toneladas de producto, en 2000 la cifra aumentó de manera sustancial a 13 872 para luego descender a 8177 toneladas en el año 2005 (Fernández, 2008:114).

Personas relacionadas con esta actividad, consideran que este fenómeno es consecuencia de una sobreexplotación de los recursos marinos, debido a un aumento en el número de pescadores sin permiso y el uso de redes de pesca prohibida (luz de malla 2.50 y 2.75 pulgadas) que captura especies juveniles que no llegan a reproducirse.

La reducción en la pesca ha tenido un fuerte impacto en la disminución de los ingresos de los pescadores, de ahí que manifiesten que la pesca se haya vuelto una actividad muy inestable, “a veces sale algo y a veces no”.

A partir de los ingresos declarados por las mujeres participantes en esta investigación, a enero del 2008, se determinó que 38 de las 40 familias devengaba ingresos per cápita inferiores

a los  $\text{¢}25\ 000$  colones mensuales, por lo que vivían en condiciones de *pobreza*, ya que estos se ubicaban por debajo de la línea de pobreza que a julio del año 2007 se estimó en  $\text{¢}43\ 261^3$ .

De las familias en condición de pobreza, 25 de ellas se encontraban viviendo en *pobreza extrema*, puesto que sus ingresos per cápita eran menores a los  $\text{¢}19\ 000$  mensuales, cantidad que también estaba por debajo de los  $\text{¢}21\ 960$  establecido para la Canasta Básica de ese mismo año para la zona rural.

Dentro de las familias en condición de *pobreza extrema* se encuentra que las cinco que estaban a cargo de una mujer “*jefa de familia*” presentaban mayores dificultades para mantener a sus hijos(as), ya que no existían en la zona otras alternativas de trabajo más allá de la pesca, al no tener quién cuidara de sus hijos(as) para irse a trabajar fuera y al no recibir pensión alimentaria de los padres.

Para un 35% (14) de las familias sus ingresos se veían incrementados gracias a la becas que recibían de los programas Avancemos y Fonabe (Fondo Nacional de Becas), con un monto promedio de  $\text{¢}20\ 000$  por estudiante. Se pudo constatar, a partir del relato de algunas mujeres, que este dinero prácticamente se ha incorporado al ingreso familiar para suplir las necesidades básicas, principalmente en alimentación.

3 Encuesta de Hogares y de Propósitos Múltiples. Cifras Básicas sobre Pobreza e Ingresos. Julio 2007. INEC. Costa Rica. Página 10.

Es necesario evidenciar que los ingresos de aquellas familias que viven de la pesca artesanal se ven reducidos durante tres meses al año cuando se decretan periodos de veda<sup>4</sup> y el subsidio que reciben del Estado resulta ser insuficiente para cubrir las necesidades básicas de la familia. En el año 2007, el monto otorgado por este concepto fue de  $\text{¢}45\ 000$  mensuales por familia. Estos dos testimonios así lo evidencian:

*“En tiempo de veda la pasamos muy mal porque no recibimos subsidio”.*

*“Sobrevivimos porque comemos aunque sea arroz y frijoles pero nunca (los hijos) se acuestan sin comer”.*

Ciertamente, alrededor de la medición de la pobreza a partir del ingreso monetario hay una serie de cuestionamientos, el principal sostiene que este resulta ser poco confiable dado que las personas no suelen declarar realmente sus ingresos. No obstante y las debilidades que le puedan atribuir, sigue siendo el principal parámetro en la medición de la pobreza (Sen, 1999; Cepal, 2004).

En relación con los gastos de las familias, se evidencia que esos se concentraron principalmente en compra de alimentación, el pago de servicios (agua, electricidad y teléfono), estudio y pago de deudas.

Es conveniente mencionar que un 92% (37 familias) de las familias no pagaban

4 Periodo en el que se prohíbe pescar para que las especies marinas se recuperen.

casa, ya que llevan años viviendo frente al mar y son viviendas ubicadas dentro de la milla marítima. Las cuales estaban en mal estado y se han construido con materiales de desecho. Como se encuentran dentro de una zona prohibida no pueden optar por bono o dinero para mejoras, pues la Ley de Zona Marítima Terrestre (ZMT) no lo permite.

El gasto en alimentación absorbía un porcentaje considerable del ingreso, para un 55% de las familias (22) la compra de alimentos consumía entre un 50% y 75%. La dieta básica de la zona es arroz, frijol, pescado y camarón, poca fruta, legumbres y verduras.

Un alto porcentaje de las familias 80% (32) estaban endeudadas por haber comprado a crédito enseres para la casa como: cocina, ventilador (sumamente necesario en estos lugares de clima caliente) televisor, equipo de sonido, ropa, artículos de cocina, sillas. Esta modalidad de compra a “*polacos*” resultaba ser la única vía posible pagando altos intereses, que muchas veces doblan o triplican el valor del bien.

No cabe duda que la situación económica de estas mujeres y sus familias constituía una preocupación, de ahí que un hijo(a), o sea, “*una boca más*” en estas condiciones venía a presionar más la ya precaria economía del hogar.

A la pregunta de ¿por qué se operó esta mujer?, enfatiza el aspecto económico que junto a otros motivos la llevaron a tomar la decisión:

“Bueno, porque la situación económica se pone difícil, apenas con dos (hijos) medio se puede, ahora con un montón más... aparte de que también vivo mal porque ese carajo es muy irresponsable, si se va qué hago yo después si no me ayuda y uno con ese montón de güilas”. Mirna.

## b. Los anticonceptivos afectaban la salud de las mujeres

Un 38% de las mujeres (15) hacían uso del Seguro Social que ofrece el Estado<sup>5</sup>, dado los bajos ingresos de sus familias no tenían capacidad para cotizar para algún otro régimen del Seguro Social.

Para acceder a este tipo de seguro, uno de los requisitos era tener los “*papeles al día*” (constancias de nacimiento, de bienes inmuebles y otros), dada su condición económica, como ya se vio, muchas veces se les hacía difícil tener los pasajes del autobús para viajar a la ciudad más cercana a obtenerlos. Esto las ponía en una disyuntiva entre comprar arroz y frijoles “*o sacar los papeles*”.

El Seguro Social al día era sumamente importante, no solo porque garantizaba el servicio de salud para la familia, sino porque además les proveía de los anticonceptivos, tales como pastillas, inyección y condones que eran los que suministraban en la Clínica del Seguro Social de Chomes. Cabe decir,

5 Esta modalidad de seguro cubre a aquellas personas o familias que no tienen capacidad de pago para cotizar para alguno de los otros regímenes que ofrece el sistema y, por tanto, el Estado asume la atención en salud.

que casi ninguna de las mujeres tenía capacidad para pagar servicios de salud, comprar otros anticonceptivos de mejor calidad de manera que fuesen menos perjudiciales para su salud.

Antes de la esterilización un 85% de las mujeres (34) utilizaban algunos de los métodos mencionados y prácticamente todos los anticonceptivos eran suministrados por la clínica del lugar.

Los anticonceptivos causaban problemas de salud a un 48% (19) de las mujeres, como ansiedad, dolores de cabeza, náuseas, aumento de la presión arterial, de peso, cansancio, picazón e irritación vaginal.

Debido a los problemas de salud antes mencionados, las mujeres se veían en la necesidad de alternar el uso de esos anticonceptivos con la finalidad de disminuir esos efectos nocivos. En esos periodos de cambio se produjeron lo que ellas denominaron “fallos” en los métodos, que dieron lugar a embarazos no deseados.

La mayor parte de los embarazos de las mujeres fueron producto de estos “fallos”, lo que lleva a concluir que, no obstante las posibilidades de los anticonceptivos, a ellas se les hizo difícil tener un control sobre su propia reproducción. Los “fallos” incidieron en una pérdida de confianza hacia los métodos, lo que les generaba una gran incertidumbre, sentían mucho temor que se produjese nuevamente un embarazo no deseado. Este testimonio es un ejemplo:

*“Yo pensaba tener tres hijos nada más, yo decía no voy a tener muchos para que no vinieran a sufrir, pero los dos últimos embarazos se dieron por fallo en los métodos, en uno fue la pastilla y en otro el preservativo”. Olga*

Cabe señalar que la anticoncepción estaba a cargo de las mujeres, muy pocos hombres (4) utilizaban el condón y lo hacían no como parte de un acto voluntario de asumir la anticoncepción, sino porque era la única alternativa que tenían ante los problemas de salud de la esposa o compañera y en estos casos se utilizaba de manera transitoria. El condón tampoco contaba con la simpatía o anuencia de las mujeres, ya que este les ocasionaba picazón e irritación vaginal.

Ante esto, se observa en los hombres una posición de poco compromiso con la anticoncepción y muy poco solidarios con la salud de la mujer, aun cuando los problemas de salud que presentaban eran serios, visibles y evidentes. En nuestra sociedad todavía la responsabilidad de la anticoncepción sigue recayendo sobre los cuerpos de las mujeres, vemos lo que algunos autores han llamado la *feminización de la anticoncepción* (Figueroa; 2005).

Está pendiente la tarea de generar los cambios culturales para que los hombres asuman de manera compartida la responsabilidad de la anticoncepción como parte de un ejercicio de derechos reproductivos.

Estas mujeres no tuvieron la posibilidad de controlar su propia reproducción, a la mayoría de ellas les hubiese gustado tener menos hijos de los que realmente tuvieron. La mayor parte de sus embarazos, a excepción del primero, fueron producto de los “fallos” y no producto de sus propias decisiones.

El siguiente testimonio hace alusión a lo tedioso que resultaba a esta mujer el tener toda la responsabilidad de la anticoncepción sobre su cuerpo.

*“Yo estaba decidida a no tomar más pastillas ni a ponerme ninguna inyección porque ya me tenían como cansada, ya tenía muchos años de estar en eso (tomando pastillas)”. Gema*

Se puede concluir que la dificultad para acceder a anticonceptivos a través del Seguro Social, los “fallos” en los métodos y los problemas de salud ocasionados fueron elementos de peso en esa decisión.

### c. Maternidades tempranas, omnipresentes y satisfechas

Se encontró que un 80% de las mujeres (32) tuvieron su primer hijo(a) con menos de 20 años, algunas de ellas incluso siendo adolescentes.

Un 82% de ellas (33) tuvieron su primer hijo(a) dentro de una relación de pareja, (casada o en unión libre) mientras que un 18% (7) los tuvieron fuera de la relación de pareja, o sea, fueron madres solteras. Es usual en esas

comunidades que las jóvenes establezcan la vida en pareja y la maternidad a muy temprana edad. Un ejemplo con el siguiente relato:

*“A los catorce años yo me fui de la casa, cuando me faltaba un mes para cumplir quince años tuve mi primer hijo, este... no tuve juventud, fue algo así como difícil para mí porque desde los quince años fui mamá y desde entonces pues soy feliz porque tenía mis hijos pero no tanto porque sufría mucho también porque no tenía para la leche, los pañales”. Cora*

Los motivos que llevan a estas mujeres a emprender una maternidad a temprana edad están relacionados con lo económico, es decir, con las condiciones de pobreza de sus familias. Con el establecimiento de una relación de pareja se busca “salirse de sus casas” buscando opciones mejores en esa “nueva vida”, dadas las limitaciones y carencias en que vivían. Debido a ello, rápidamente se embarazan ya que ese primer hijo no se evita porque busca afianzar el vínculo de pareja. En este marco, se encuentra una maternidad por “obligación”, pues dadas sus condiciones de vida no tuvieron ninguna alternativa de plantearse o cuestionarse la misma como algo “opcional”.

En relación con la maternidad, se encontró que las experiencias maternas fueron *omnipresentes* ya que aparecen las mujeres como las responsables de brindar los cuidados y atención necesaria.. Hay que recordar que en nuestras sociedades, las subjetividades de las mujeres

se construyen alrededor de la maternidad, como el eje más importante de sus vidas, puesto que ser mujer equivale a ser madre. (Paterna y Martínez, 2005).

Por su parte, los hombres asumieron el rol de una paternidad más convencional, limitada a proveer el sustento material para ellos (as) y de la familia en general, pero muy desvinculados de la atención, de los cuidados y del afecto hacia los hijos (as). En otros casos, estos padres estuvieron totalmente ausentes (material y afectivamente) dejando en manos de las mujeres toda la responsabilidad de la manutención de los infantes.

Esta forma de ejercicio de la maternidad tan cargada en las mujeres, resultaba ser una tarea sumamente cansada, ya que si bien tuvieron en promedio 3.5 hijos(as), algunas de ellas llegaron a tener cinco y seis hijos(as).

No obstante y lo cansado del ejercicio materno, sentían que su maternidad estaba satisfecha ya que habían experimentado “*lo que era ser madres*” y, por tanto, habían cumplido con el mandato social; por ende, podían pensar en la operación o salpingectomía sin problemas de culpa.

La mayoría de las mujeres señalaron que les hubiese gustado tener menos hijos(as) de los que en realidad tuvieron.

“De mis hijos creo que solo el primero fue planeado, a mí me hubiera gustado tener solo tres, pero las tres primeras

hijas se vinieron muy seguidas, luego tuve algunos fallos con los métodos hasta que llegué a seis”. Yerly

Se observó que estas mujeres no tuvieron oportunidad de apropiarse de su cuerpo, del manejo de su sexualidad, de controlar su reproducción, pues nunca fueron formadas para ello, sus condiciones de vida y el momento histórico que les tocó vivir les negó esa posibilidad. Desde una perspectiva de derechos, estas mujeres no tuvieron la posibilidad de hacer uso de sus derechos reproductivos porque les faltó información para tomar decisiones reproductivas de manera autónoma. (Molina, 2007).

Para muchas de las mujeres la idea de tener pocos hijos(as), (el número ideal era de dos) era muy importante pues de esa manera podían darles educación y con ello asegurarles un mejor futuro. No querían que ellos(as) pasaran por las carencias y dificultades que ellas vivieron en su niñez. Muchas manifestaron que les hubiese gustado continuar estudiando, pero las condiciones económicas de sus familias no se lo permitieron.

Además, es fundamental señalar que un 78% de las mujeres, (31) tenían hijos de ambos sexos, esto era algo importante para ellas porque experimentan un sentimiento de una maternidad “*completa*”, que tiene que ver, por un lado, con un estereotipo muy arraigado en nuestra sociedad de un ideal de familia, conformado por un padre, una madre y al menos un par de hijos, hombre y mujer.

La mayor parte, ( 83%) de esos hijos e hijas eran menores de 18 años, lo que hace que sean altamente dependientes de sus padres y madres en cuanto a alimentación, cuidados, educación, salud y vestimenta, para mencionar las necesidades básicas. En un 82% de las familias (33) había hijos e hijas en edad de estudiar ya sea primaria o secundaria y lo estaban haciendo.

#### d. Vida sexual de las mujeres

Las mujeres iniciaron su vida sexual coital siendo muy jóvenes, prácticamente siendo adolescentes con 13, 14 y 15 años de edad. Este inicio se dio con total desconocimiento sobre sexualidad, sobre anticonceptivos y sobre sus cuerpos.

La mayor parte de las mujeres (93%) manifestaron tener una vida sexual activa al momento de la investigación, (para efectos de este artículo, se define por “*vida sexual*”, las relaciones entre mujeres y hombres en el plano coital), solamente un bajo porcentaje (7%) manifestó no tener vida sexual en ese momento.

Un grupo considerable de mujeres, 68%, manifestaron vivir una “*vida sexual insatisfactoria*” antes de la cirugía o esterilización. Algunas expresiones en este sentido fueron las siguientes: vivían una sexualidad sin deseos, sin disfrute, apenas por cumplir, evitando el contacto por temor al embarazo, por los problemas de salud ya mencionados y con desgano, pues siempre se sentían cansadas o con achaques.

Escrudiñando en sus vidas sexuales, se pudo determinar que esta estaba muy en función de la satisfacción de los deseos del esposo o compañero, que ponía a las mujeres en una disyuntiva, por un , aceptar las relaciones coitales con pocas posibilidades de disfrute dado los riesgos de un embarazo no deseado debido a la poca confianza en el método anticonceptivo o correr el riesgo de que el hombre insatisfecho sexualmente busque a otra mujer.

Una vida sexual sin disfrute y sin garantías de embarazos no deseados, ejercía una presión muy fuerte en sus vidas, esto les generaba problemas con sus parejas, de celos y reclamos. Esta situación se revierte después de la operación, ya que 23 mujeres expresaron haber experimentado un cambio positivo en su vida sexual, expresando tener una vida sexual más “*tranquila*”, al haber desaparecido la posibilidad de un embarazo indeseado y un mejoramiento en su salud en general.

#### e. La violencia presente en la vida de las mujeres

Es evidente, en los relatos de las mujeres, una serie de comportamientos en sus esposos y compañeros que en nuestro medio son constitutivas de masculinidad, como son la violencia, la infidelidad y el alcoholismo.

El maltrato físico, verbal y emocional que sufrían algunas de ellas por parte de sus parejas se lleva también al plano de la vida sexual, obligándolas a tener sexo

sin deseos que ellas mismas denominaron como “violación” y con gran temor de que diera lugar a un embarazo no deseado. Esta mujer nos hace su relato:

“Cuando mi hija tenía 5 meses, yo ya no quería nada con él, él me seguía, me golpeaba...me atravesaba la bicicleta y me tiró a un barranco, un día me cortó por acá con un cuchillo de cortar pan y me amenazaba de muerte, por eso me vine de ese lugar”. Olga

Las condiciones de maltrato físico, sexual y emocional que padecían las mujeres incidía en la falta de interés en las mujeres hacia los encuentros sexuales con sus parejas que, dada la supremacía de poder a favor de los hombres, hacía difícil que las mujeres pudieran imponer su voluntad.

Esta violencia sexual sufrida de las mujeres hay que ubicarla dentro de una condición de vulnerabilidad debido a: dependencia económicamente que tenía de su pareja, con varios hijos(as), en un medio que no les ofrece alternativas de empleo, que aunada a su baja escolaridad le imponían límites muy fuertes en la posibilidad de liberación.

Se considera que la suma de los aspectos antes descritos, condujo a las mujeres a tomar la decisión de la esterilización o salpingectomía. En cada una de ellas estaban presentes varios de estos aspectos, uno o uno con más peso que otro u otros. Esta combinación de factores llevó a las mujeres a:

- A tomar la decisión de la esterilización como la salida más viable ante esta compleja situación.
- A tomar la decisión por sí sola, sin tomar en cuenta la opinión o criterio del esposo o compañero.
- A mantener su decisión aun en contra de la posición de la pareja y de otros familiares.

## V. Relevancia de la aprobación del Decreto Ejecutivo N.º 27913-S

A continuación se presentan algunos detalles que se consideran significativos con la finalidad de contextualizar de mejor manera la decisión de las mujeres.

### a. ¿Qué conocían las mujeres del Decreto Ejecutivo?

La información que circuló en las comunidades alrededor del año 2000 fue que “ahora sí están operando a la mujer que quiera”. Las mujeres se enteraron de que podían operarse, pero no supieron que fue la aprobación del Decreto Ejecutivo N.º 27913-S lo que les abrió esa posibilidad.

De esta manera es que estas mujeres se operaron sin saber que estaban haciendo uso de un derecho reproductivo, o sea, por parte de ellas no se dio un proceso de apropiación de un derecho. El hecho de que las mujeres no conocieran su contenido a nuestro criterio generó:

- Que no se apropiaran de un conocimiento tan importante como

saber que las mujeres tienen el derecho de decidir sobre la esterilización por sí mismas independiente del número de hijos y de la edad.

- Que la misma ya no requería del consentimiento del esposo o del médico.

Esto es fundamental pues algunas de ellas habían realizado gestiones para operarse algunos años atrás, pero el decreto anterior, el N.º 18080, les negó esa posibilidad. Es conveniente mencionar que cuando se aprueban nuevas leyes en favor de las mujeres, su promoción viene no solo a brindarles información a las personas para que se apropien de un conocimiento, sino que además esta debe procurar generar los cambios sociales y culturales en las relaciones entre los géneros que estas, por lo general, persiguen.

Por otra parte, es pertinente agregar también que se conozca que la promulgación de nuevas leyes como el decreto en mención, son producto de luchas que han emprendido otras y otras costarricenses, las cuales han buscado ampliar el espectro de los derechos humanos, en este caso particular, en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Hay un principio en materia de derechos de uso popular que señala que, *un derecho que no se conoce, es como si no existiera, porque no se ejerce*. En este caso, los hombres de estas comunidades no se enteraron de que el decreto también les ofrecía la posibilidad de optar por la vasectomía como método anticonceptivo.

Sobre este aspecto, se considera necesario promocionar no solo el contenido del decreto con hombres, sino que, además, es conveniente promover su participación en las decisiones reproductivas. De esta manera, se estarían generando cambios culturales significativos en materia de salud sexual y reproductiva, no solo por la participación de los hombres, también esto descargaría a las mujeres de que los cuidados de la anticoncepción sigan recayendo solo sobre ellas.

Hay que recordar que la vasectomía constituye una operación más sencilla, que se practica de manera ambulatoria, no requiere internamiento y el periodo de recuperación es menor y, además, tiene un costo más bajo para la Caja Costarricense de Seguro Social. Sin embargo, sigue prevaleciendo una serie de obstáculos, principalmente de tipo cultural que desestimula la vasectomía en los hombres, aunque en los últimos años ha venido creciendo (Ávalos, 2008).

## b. ¿Un decreto que llegó tarde?

Es necesario mencionar que la mitad de las mujeres habían realizado gestiones para esterilizarse con el decreto anterior (N.º 18080-S) pero no tuvieron éxito porque se encontraron con la oposición del médico o del esposo.

El siguiente testimonio así lo evidencia:

*“Después del segundo (hijo) yo había mandado una carta al hospital para que me aprobaran la esterilización, y no pasó*

nada, y después, ya con el tercero, yo le dije al doctor que me quería operar, y me dijo que no porque estaba muy joven y que después iba a querer otro y que no iba a poder". Ema.

El no haber logrado esterilizarse en el momento que ellas querían trajo como consecuencia que algunas tuvieran más familia de la que realmente hubieran deseado, de ahí que digan que el decreto les "llegó tarde". No obstante, valoran de manera muy positiva que aunque "tarde" les haya alcanzado para poder usarlo y dar por finalizado su ciclo reproductivo, porque de no haber sido así, seguramente habrían aumentado el número de descendientes y su vida sería más complicada y dura.

Algunos de los relatos de las mujeres muestran lo mencionado anteriormente.

"Después del segundo hijo yo quise operarme, porque padecía de presión alta, pero el médico dijo que no porque estaba joven". Elia. (Mujer de la comunidad de Morales tuvo dos hijos más hasta llegar a tener cuatro varones).

"Cuando tenía a mi cuarta hija, quería operarme, pero pedían mucho requisito, era difícil hacer tantas vueltas sin dinero". Nora. (Después tuvo dos hijos más hasta llegar a seis).

"Yo quise operarme antes y me esposo no me dejó, era muy machista, yo tomaba las pastillas a escondidas, porque si me las encontraba me las botaba". Irma. (Esta mujer finalmente tuvo cinco hijos).

"Cuando tenía tres hijos quería operarme y el doctor me pidió la firma de mi esposo y él no estuvo de acuerdo". Sindy. (Después de eso tuvo dos hijos más hasta completar cinco).

Los relatos anteriores confirman que el decreto vino a constituir una herramienta legal sumamente valiosa en manos de estas mujeres, puesto que les permitió finalizar su ciclo reproductivo, que desde años atrás así lo deseaban.

El otorgarle la decisión a las mujeres constituye un acto que vino a empoderarlas, porque como se vio, el criterio médico y el de los esposos o compañeros les restaron autonomía, como bien dijo una de ellas, "muchas mujeres llegaban a tener tantos hijos porque los hombres no las autorizaban, ellos mandaban sobre nosotras".

Esta mujer relata lo que significó para ella la operación:

"Si no me hubiera operado mi vida sería más complicada, yo tuviera como dos o tres chiquitos más, estuviera pensando en cómo mandarlos a la escuela, comprarles la ropa, en todo se gasta mucho. Aquí, por ejemplo, somos cuatro y gastamos mucho en comida, luz, agua y todo y apenas la vamos pasando, muchas veces una deja de comprarse algo para comprarle algo al chiquito que necesita". Gema.

Un alto número de mujeres (36), mencionó que no se han arrepentido de haberse esterilizado y que además la valoran como una experiencia muy

positiva para sus vidas. Esto viene a confirmar que dicha decisión fue producto de un acto voluntario y consciente sobre la base de condiciones de vida difíciles.

### c. **Temor a la esterilización y temor de Dios**

Aunque todas las mujeres tomaron la decisión de la esterilización por sí mismas, y estaban convencidas de que querían realizarse la operación, eso no significa que estuvieran “del todo tranquilas”. Muchas de ellas expresaron los temores que sentían al tener que pasar por esa experiencia, no obstante, siguieron adelante.

Algunos de los miedos que experimentaron tenían que ver con la posibilidad de la muerte y dejar a sus hijos en estado de abandono. También, a vivir la experiencia de estar en un hospital, ya que muchas de ellas solo habían estado ahí por motivo de un parto. El internamiento, verse con bata verde, la anestesia, y el temor a no despertarse, todo estos puntos eran parte del desasosiego de las mujeres.

Otros temores estaban relacionados con la herida y con el tamaño de la misma, el dolor y la posibilidad de una infección, o “no quedar bien” y un eventual deterioro de su salud.

Esto es relevante, porque no siempre el miedo se logra vencer, por relatos de ellas mismas se comprobó que a muchas mujeres la idea de la esterilización

les resulta atractiva, incluso, asisten a la charla de consejería, pero llegado el momento se echan para atrás por temor y al final no logran operarse. Una de las entrevistadas narró esos sentimientos, momentos previos a la esterilización:

*“Cuando íbamos en la ambulancia para Puntarenas a mí me agarró de todo, me dieron ganas de vomitar, llevaba muchos nervios y decía: yo, si me quedo en la operación, si la anestesia no me despierta, ay, voy a dejar a mis hijos, yo decía: Diosito, que no me vaya a pasar nada porque mis hijos están bebecitos, por dicha todo salió bien. Paz. La decisión de la operación también confrontó a las mujeres con sus creencias religiosas, si bien un alto porcentaje de ellas, 80% (32) asistía a alguna agrupación religiosa de su comunidad, se encontró que solo un número relativamente bajo (8) consultaron con sacerdotes y pastores al tomar la decisión. El resto de las mujeres dijeron no haber experimentado sentimientos en este sentido y de manera muy firme tomaron su decisión. Se observa aquí una expresión de “laicidad”, que tiene que ver con una pérdida de preceptos fundantes de la Iglesia Católica, en cuanto a “tener los hijos que Dios quiere” (Weeks, 1998).*

### d. **Riesgos en la vida de las mujeres después de la esterilización**

Se observó que después de la operación estas mujeres están expuestas a (antes también lo estaban) contraer alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS)

pues un 95% (38) no estaba utilizando alguna protección. Al desaparecer la posibilidad de un embarazo, las mujeres dejan de “cuidarse” y no utilizan ningún método de protección como sería el condón, ya que a este solo se le reconoce en estos lugares como método anticonceptivo.

De manera engañosa, las mujeres con pareja establecida consideran que el tener una pareja exclusiva y de varios años es suficiente garantía como para no verse expuesta a estos riesgos. Las mujeres con varias parejas sexuales tampoco estaban haciendo uso de medidas de protección, por lo que su vulnerabilidad era mayor.

Otro factor de riesgo encontrado fue que antes de la esterilización las mujeres asistían con mayor frecuencia al Seguro Social para la atención ginecológica y para recibir los anticonceptivos, esta se hacía mensual, bimensual o trimestralmente. Después de la esterilización esta visita pierde sentido porque para ellas la importancia estaba dada principalmente por la “*planificación*”. Al no necesitar de este servicio, las citas a la Clínica se han espaciado, por lo que la salud de las mujeres puede verse afectada al no detectar a tiempo algún problema que amerite atención oportuna.

## VI. Algunas conclusiones

Desde una perspectiva de derechos, se considera que a estas mujeres se les violentaron los derechos sexuales

y reproductivos ya que: no tuvieron la posibilidad de determinar el número de hijos, a vivir una sexualidad satisfactoria desligada de lo reproductivo, a conocer el funcionamiento del cuerpo, tampoco la capacidad de negociar encuentros sexuales con su pareja, a decidir por sí mismas, puesto que sus condiciones materiales de vida no se lo permitieron.

Las mujeres reconocen las ventajas del momento histórico que les tocó vivir en comparación con sus madres en términos de derechos reproductivos. Sus madres no tuvieron ninguna posibilidad del uso de anticonceptivos y les tocó “*tener todos los hijos que Dios mandaba*”, mientras que ellas sí pudieron hacer uso de estos, lo que les dio la posibilidad de tener un número menor de hijos, y hasta pudieron concluir su ciclo reproductivo a través de la esterilización, o sea, se ampliaron sus derechos.

En sus comunidades estas mujeres son vistas como transgresoras del mandato social de una maternidad sin límite, “*como Dios manda*”. En vista de ello, se han convertido en “*modelos*” o “*referentes*” en la construcción de nuevas subjetividades, no solo para sus hijas, sino para otras mujeres y hombres.

La mayoría de las mujeres hizo una valoración entre “*positiva y muy positiva*” de la experiencia de haberse operado, un 90% de ellas (36) manifestó experimentar cambios relevantes en su vida, en general, a partir de la misma.

Uno de los aspectos de mayor impacto fue un mejoramiento en su salud al dejar de utilizar anticonceptivos. Si se toma como base la edad que tenían cuando se esterilizaron y los años que faltaban para terminar el ciclo reproductivo (las estadísticas fijan la edad reproductiva de la mujer entre los 15 y los 49 años) se puede ver que las mujeres acortaron su ciclo en 19 años en promedio.

En un plano más personal, las mujeres recuperaron para sí espacios que anteriormente estaban ocupados por el ejercicio de la maternidad. Es decir, ellas comienzan a vivir un poco “*para sí mismas*” en vez de “*para otros*”, realizando una serie de actividades que les gustaba y les sentaba bien como: visitar familiares y amistades, salir a caminar, tiempo para leer y visitar la iglesia, para salir con su pareja y para descansar y dormir. También consideraron esencial que disponen de mayor tiempo para atender a los hijos e hijas, pues pueden dedicarles una mejor atención.

Se evidencia un cambio en la visión de futuro de las mujeres, para ellas no habrá un volver atrás, desaparece la posibilidad del nuevo embarazo, no habrá más pañales ni más trasnochadas. En este sentido, su futuro se torna con menos preocupaciones, con menos ansiedad y más tranquilo pues saben que les corresponde atender y ver crecer a la familia que existe. Las presiones sobre la economía de la familia disminuyen, ya que no vendrán más

descendientes. En el campo de sexualidad se experimentaron cambios significativos, al desaparecer la posibilidad del embarazo la vida sexual se torna más *tranquila*. El haber concluido su ciclo reproductivo les producía una sensación de seguridad y tranquilidad que se expresaba en una mayor disposición al encuentro sexual. También desaparece la posibilidad de un embarazo producto de relaciones sexuales forzadas, aunque prevalezcan las agresiones y los maltratos hacia ellas.

La mayoría de las mujeres se esterilizaron sin saber o conocer que un cambio en la ley había hecho posible ese derecho, el decreto como tal solo promovió la esterilización de las mujeres. Sobre este particular, se estima que es necesario promocionar no solamente el contenido del decreto con hombres, sino también promover su participación en las decisiones reproductivas. De esta manera, se estarían generando cambios culturales importantes en materia de salud sexual y reproductiva. Desde esta perspectiva, la responsabilidad no sería únicamente de las mujeres, involucraría también a los hombres, las descargaría que los cuidados de la anti-concepción sigan recayendo sobre ellas y afectando su salud y sexualidad.

En este caso, se considera que el Estado tiene la responsabilidad de velar por promulgar políticas y acciones efectivas, así como la asignación de los recursos necesarios para propiciar estos cambios. En materia de derechos humanos, no solo es relevante la

promulgación de derechos, también es necesario generar las condiciones apropiadas para que estos sean efectivos, además de ejercitados.

## Bibliografía

Avalos, A. (2008, 28 setiembre). *Más hombres deciden hacerse vasectomía para no tener más hijos*. *La Nación*, p.6A.

Cepal. (2002). *Educación reproductiva y paternidad responsable en el Istmo Centroamericano*. México: Naciones Unidas.

Cepal-Unifem. (2004). *Entender la pobreza desde la perspectiva de género*. Serie Mujer y Desarrollo N.º 52. República de Italia, Santiago de Chile.

Naciones Unidas. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Nueva York: Naciones Unidas, 1995.

Correa, S. y Petchesky, R. (2001). *Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. Elementos para el análisis ético de la reproducción*. Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional autónoma de México, México.

Estadísticas Pesqueras del Golfo de Nicoya, Costa Rica. 1994-2005. (2007). Proyecto Manejo Sostenible de la Pesquería para el Golfo de Nicoya. Incopesca, UNA, JICA. Agencia de Cooperación Internacional de Japón.

Fernández, D. (2008). *Vivencias de sexualidad femenina: un estudio con mujeres que optaron por la esterilización, residentes en una zona rural costera*. Tesis para optar al grado de Maestría en Estudios de la Mujer Universidad Nacional. Heredia

Figuroa Perea, J G. (2005). "Sexualidad en los integrantes de las fuerzas armadas". En: *Pantelides Edith Alejandra y Elsa López (comp.) Varones latinoamericanos: estudios sobre sexualidad y reproducción*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José, Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Encuesta de Hogares y de Propósitos Múltiples*. (Julio 2007). Cifras Básicas sobre Pobreza e Ingresos. Costa Rica.

Molina Rojas, N. (2007). *Conocimientos y prácticas en torno a la sexualidad: un acercamiento a la experiencia de mujeres adultas amas de casa*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología.

Paterna, C. y Martínez C. (2005). *La maternidad hoy: claves y encrucijada*. Minerva Ediciones. Madrid.

Proyecto Manejo Sostenible de la Pesquería para el Golfo de Nicoya. Puntarenas. 2002-2007. (2007). *Presentación de conclusiones y recomendaciones*. Universidad Nacional, Agencia de Cooperación Internacional del Japón, Instituto Costarricense de Pesca y Acuicultura.

Sen, A. (1999). *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta: Barcelona

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. México.

Recibido: 5/12/2013 • Aceptado: 20/3/2014