

Nº 4

Serías **para el debate**



SeriAs para el debate N° 4  
Agosto 2005 – Lima, Perú  
Campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Fundación Ford

Corrección de estilo: Juan José Beteta  
Diseño de carátula y diagramación: Marisa Godínez  
Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2005-5525

Campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos  
Apartado postal 11-0470, Lima – Perú  
Telefax: (51 1)4635898  
E-mail: [rvasquez@cladem.org](mailto:rvasquez@cladem.org)  
Página web: [www.convencion.org.uy](http://www.convencion.org.uy)



## **Contenido**

### **I**

#### **Infertilidad e Infecundidad: Acceso a las Nuevas Tecnologías Conceptivas**

Debora Diniz  
Rosely Gomes Costa

### **II**

#### **Las tecnologías de reproducción asistida Una aproximación desde la ética y las fugas feministas**

Ana Gúezmes

### **III**

#### **El punto ciego en la mira de los derechos reproductivos**

Cristina Palomar

### **IV**

#### **El uso de las tecnologías y la configuración de nuevas relaciones de reproducción**

Martha Celia Ramírez-Gálvez

### **V**

#### **El discurso bioético y la legitimación de las nuevas tecnologías reproductivas**

Yanina Guthmann



## Presentación

Este número aborda el tema de las nuevas tecnologías reproductivas y nos abre un panorama fascinante, insuficientemente explorado en nuestra región. Aun cuando el desarrollo y el interés por esta temática ha sido desigual en los diferentes países de América Latina y el Caribe, en términos generales podemos afirmar que nos hace falta conocer sobre este asunto, así como entender la enorme gama de implicancias que tiene. Interrogantes respecto de si las nuevas tecnologías representan realmente una posibilidad de ampliación de nuestras elecciones, el peso del poder médico, los problemas en el acceso y sus relaciones con el mercado, las prácticas discriminatorias que encierra, el deseo de las mujeres respecto de la maternidad y los dilemas éticos que entraña, son tratados con especial lucidez por este conjunto de mujeres, a quienes agradecemos nuevamente sus interesantes aportes y la generosidad con la que ponen a disposición sus conocimientos y reflexiones.

Las sugerentes ideas, que a continuación presentamos, combinan aportes desde distintas disciplinas y lugares, así como provienen de iniciativas diversas. En este número contamos con los dos trabajos ganadores del concurso regional de ensayos que sobre nuevas tecnologías reproductivas organizamos en setiembre de 2004. Asimismo, se incluyen algunas de las ponencias presentadas en nuestro último seminario regional sobre Prostitución/Trabajadoras del Sexo, Nuevas Tecnologías Reproductivas, Transgeneridades: un Debate a partir de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, realizado en noviembre de 2004 en São Paulo, Brasil, y una interesante reflexión de dos profesionales muy reconocidas en la materia, que da inicio a la publicación.

El artículo de las brasileras Debora Diniz y Rosely Gomes Costa, ***“Infertilidad e infecundidad: acceso a las nuevas tecnologías conceptivas”***, como su nombre lo indica, llama la atención sobre el tema del acceso, señalando que se trata de un debate olvidado en nuestra región. Pasa revista desde diferentes ángulos y mediante un lúcido análisis a las serias restricciones que su desarrollo está implicando para muchas personas. Amparadas en el discurso médico prevaleciente, se observa el reforzamiento de visiones conservadoras de pareja, de familia y, por tanto, de los sujetos que son considerados aptos o preferentes para acceder a estos tratamientos. El artículo finaliza advirtiendo lo curioso que resulta “que la medicalización de la infecundidad, en vez de potenciar la reproducción biológica como un instrumento de cambio moral para la reproducción social, se presenta como un poderoso instrumento de refuerzo de la moral heterosexual y de patrones de constitución de familia asentados en premisas naturalistas de lo femenino y lo masculino”.

Las reflexiones de la feminista y médica peruana-española Ana Güzemes en ***“Las tecnologías de reproducción asistida: una aproximación desde la ética y las fugas feministas”***, buscan “contribuir a estos diálogos (que promueve la campaña por la Convención) compartiendo algunas preguntas que me he hecho a lo largo de estos años, y otras que se han planteado desde el campo de la bioética, y que configuran algunos de los ‘nudos críticos’ en el debate actual. Identifico algunos puntos en común que tienen las diferentes aproximaciones éticas de las feministas y, finalmente, presento algunas propuestas y desafíos para la propia campaña”. Dentro de estos desafíos, la autora destaca

la importancia de la promoción y defensa de un Estado laico como el espacio imprescindible del carácter secular de estos debates, la necesidad de escuchar las propias experiencias, la discusión pública, rendición de cuentas y acceso a la información, la justicia en el acceso a las tecnologías y la necesidad de arribar a consensos básicos, en donde “la posición puede partir contra la clonación reproductiva, las patentes sobre los genes, la selección del sexo, la protección del anonimato de los donantes”, entre otros temas. “Un marco claro antidiscriminación donde todas las personas, no importa cuáles sean sus características biológicas, sociales o culturales, gocen de los mismos derechos y tengan respuestas a sus necesidades, es vital para enfrentar el paradigma de belleza y de salud que se propone desde el marco neoliberal”.

**“El punto ciego en la mira de los derechos reproductivos”** de la mexicana Cristina Palomar Vereá, coloca el deseo femenino en el centro de la reflexión, una dimensión que ha sido y sigue siendo invisible. Este trabajo ocupó el segundo lugar en el concurso de ensayos mencionado líneas arriba.

“¿Qué papel juega el deseo en el tema de los derechos reproductivos? ¿qué pasa con éste cuando se habla de nuevas tecnologías reproductivas? ¿cómo hablar de deseo, más allá del plano subjetivo, para pensar en el plano estructural de las sociedades? ¿es, el deseo, un factor que juega a favor o en contra de las políticas poblacionales y de los derechos reproductivos? ¿es útil, finalmente, incluir el tema del deseo en el debate sobre derechos reproductivos?”. A partir de estas preguntas, la autora organiza una inquietante reflexión: la ausencia de las dimensiones del deseo en la visión social e individual de la maternidad afecta, entre otras y de manera decisiva, la eficacia de muchas de las medidas y campañas que se vienen haciendo al respecto. Sostiene, por ejemplo, que “las campañas de difusión de los derechos reproductivos serían muy distintas y el éxito de las acciones que componen las campañas que promueven los derechos reproductivos sería mucho mayor. Ello porque, en primer lugar, tendrían que cambiar la manera en que se presenta la idea de la maternidad y el supuesto de que ser madre es algo en sí mismo positivo y ligado inevitablemente a lo real; y comenzaría a abrirse paso la idea de que una mujer puede realizarse sin ser madre y sin tener que preocuparse por ello, al mismo tiempo que se construye una ética distinta que incorpore a la responsabilidad social en el terreno de la reproducción”.

**“El uso de las tecnologías y la configuración de nuevas relaciones de producción”** de la colombiana y doctora en ciencias sociales Martha Ramírez Gálvez, es un interesante trabajo que en primer lugar proporciona información precisa sobre las nuevas tecnologías. La autora ofrece sus reflexiones y conclusiones a partir de una investigación que realizó, preguntándose por los efectos de un proceso reproductivo que, según sus propias palabras, “es trasladado de la alcoba al laboratorio, donde encontramos la participación de un equipo médico. ¿La introducción de un tercero (sea la figura del/la donante, la clínica, el médico) produciría cambios en nuestra forma de regular la reproducción?”. Una de sus hipótesis fue que “el desarrollo tecnológico, al transformar el ‘modo sexual’ de la reproducción, abriría posibilidades inestimables de libertad reproductiva, subvirtiendo el orden compulsivo de la sexualidad heterosexual y reproductiva”. Sin embargo, los resultados de su trabajo complejizan notablemente esta hipótesis, dando pie a una interesantísima reflexión.

“Observamos que las tecnologías reproductivas conceptivas pueden, por un lado, socavar la estructura de parentesco tradicional, pero por otro lado, acaban reforzando modelos tradicionales de familias consanguíneas”, concluye la autora.

Finalmente, **“El discurso bioético y la legitimación de las nuevas tecnologías reproductivas”** de la argentina Yanina Guthmann, obtuvo el primer lugar en el concurso antes mencionado. Este ensayo analiza algunos ejemplos de cómo el discurso ético legitima y acompaña la puesta en marcha de las nuevas técnicas de reproducción. Presenta ejemplos extraídos de los razonamientos de los Comités Nacionales de Ética de Argentina y Francia. La autora organiza los principales argumentos utilizados en cuatro puntos: la inexorabilidad de las prácticas de las nuevas técnicas de reproducción asistida, la necesidad de no trabar ni demorar el progreso científico, la demanda irresistible suscitada por el denominado “deseo” de tener un hijo y, por último, la necesaria ampliación del campo y objetivos de la medicina. Concluye señalando los desafíos éticos y las dificultades que la temática plantea.

El enorme esfuerzo de todas las autoras por trazar mapas que presenten información sustantiva, brinden aproximaciones a los principales dilemas que se vienen presentando y propongan las principales claves y desafíos del futuro, le otorgan a este número de SeriAs una importancia singular; que, como siempre, esperamos les sea de utilidad y contribuya a seguir generando el diálogo que continuamos promoviendo con entusiasmo en la campaña por la Convención.

Lima, agosto de 2005.

Roxana Vásquez Sotelo



**Infertilidad e Infecundidad:  
Acceso a las Nuevas Tecnologías Conceptivas\***

**Debora Diniz  
Rosely Gomes Costa**

\* Una versión modificada de este artículo fue discutida en el "Seminario Regional Salud Sexualidad y Diversidad en América Latina" en Lima, Perú, en febrero de 2005. Las autoras agradecen los comentarios de Ana Cristina González Vélez, Florencia Luna, Marilena Corrêa, Marlene Tamanini y Naara Luna.



Debora Diniz. Brasil. Doctora en Antropología, profesora de la Universidad de Brasilia e investigadora del Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género (ANIS).

Rosely Gomes Costa. Brasil. Doctora en Ciencias Sociales, profesora de Antropología de la Universidad Estatal de Campinas.

## **Infertilidad e Infecundidad: Acceso a las Nuevas Tecnologías Conceptivas**

¿Qué hace a una mujer elegible para las nuevas tecnologías conceptivas? ¿la infertilidad o la infecundidad? ¿el deseo de hijos es razón suficiente para garantizar el acceso a las técnicas conceptivas o es necesaria una explicación médica para la infertilidad como condición de posibilidad para el acceso? La cuestión del acceso ha sido un debate olvidado en Latinoamérica, en especial en la última década, cuando hubo un enorme crecimiento de las clínicas de reproducción asistida<sup>1</sup>. Había una presunción de que el discurso biomédico sería suficiente para definir los criterios de elegibilidad. Ingenuamente se presumía que solamente mujeres y hombres infértiles –es decir, aquellos con restricciones físicas de fertilidad– buscarían la Medicina Reproductiva para procrear.

Infertilidad e infecundidad son expresiones de distintos fenómenos, aunque en el campo de las tecnologías reproductivas sean dos conceptos íntimamente conectados. La infecundidad es la ausencia de hijos. Una mujer, un hombre o una pareja infecunda es la que no tiene hijos. La infecundidad puede ser involuntaria o voluntaria. En el primer caso, la ausencia de hijos es parte de un proyecto personal o conyugal y no se muestra como un problema biomédico. Por su lado, la infecundidad involuntaria es aquella comúnmente traducida en términos biomédicos como sinónimo de infertilidad. Pero es necesario dejar claro que ni siempre una mujer, un hombre o una pareja involuntariamente infecunda presentan restricciones clínicas de fertilidad, ni es siempre que se descubren las causas de la infecundidad involuntaria. Así, a pesar de que la Medicina Reproductiva se postula como un campo de tratamiento de la infertilidad, su principal garantía es la de solucionar por medio de las tecnologías reproductivas la infecundidad involuntaria mediante la producción de bebés. Esa frontera entre infecundidad e infertilidad es de especial importancia para la comprensión del fenómeno moral que está siendo protegido por las leyes, normas y protocolos médicos en diferentes países latinoamericanos.

Fue solamente con el inicio del debate legislativo en diferentes países de la región que el tema de la elegibilidad fue seriamente enfrentado como una de las cuestiones centrales para la reglamentación del uso y acceso a las tecnologías<sup>2</sup>. En esta transformación de un asunto médico en una cuestión política, el foco de atención también se modi-

---

<sup>1</sup> ZEGERS-HOCHSCHILD, F., "The Latin American Registry of Assisted Reproduction", en: VAYENA, E., Rowe P. J., Griffin P. D., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, WHO, Ginebra, 2002, pp. 355-362.

<sup>2</sup> DINIZ, D. y Buglione S., *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*, LetrasLivres, Brasília, 2002.

ficó. Si en la década de los años 90 la gran cuestión alrededor de estas tecnologías era sobre la bioseguridad de los procedimientos, en el nuevo siglo la controversia es eminentemente moral<sup>3</sup>. Por un lado el tema de la manipulación precoz del embrión y del descarte embrionario y , por otro, la posibilidad de que personas solas y homosexuales puedan tener poder acceso a las técnicas ha provocado una intensificación del debate público<sup>4</sup>.

La tranquilidad médica inicial de que solamente personas infértiles serían elegibles para las técnicas traía consigo la premisa moral de que solamente personas heterosexuales en relación de pareja buscarían la Medicina Reproductiva<sup>5</sup>. De hecho, varios servicios públicos de tratamiento de infertilidad como, por ejemplo, en Brasil, Holanda o Egipto suelen tener criterios para la inclusión en el tratamiento; los que van desde una edad límite para la mujer –alrededor de los 38 años– hasta la exigencia de relación estable con compañero fijo<sup>6</sup>. La justificación es que, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esterilidad es la incapacidad de una pareja para lograr el embarazo después de un periodo de un año de relaciones sexuales sin protección contraceptiva<sup>7</sup>. Se estima que el 80 por ciento de las mujeres quedan en estado de gestación al tener relaciones sexuales sin uso de medios contraceptivos y otro 10 por ciento lo conseguirá en el segundo año, bajo las mismas condiciones; mientras el porcentaje restante se asume que tienen problemas de esterilidad.

Por esa definición, mujeres y hombres solos –independientemente de sus orientaciones sexuales– o parejas homosexuales, estarían impedidos de tener acceso a los servicios públicos al no estar comprendidos en esta definición de esterilidad<sup>8</sup>. La situación clásica prevista por la definición de la OMS y ampliamente adoptada por los servicios de salud en Latinoamérica es la de una pareja de heterosexuales que , después de incontables tentativas de embarazo sin éxito y con un largo itinerario terapéutico, encontraría en la tecnologías conceptivas la solución para la infecundidad involuntaria. El deseo de hijos sería el motivo suficiente para el acceso a estas tecnologías, pero siempre que sea el deseo de hijos de una pareja heterosexual. Habría una superposición entre infertilidad e infecundidad: la ausencia de hijos condujo a una investigación médica que terminó por justificar el uso de las técnicas reproductivas. El objetivo de las técnicas no era directamente solucionar la restricción de la fertilidad, sino garantizar la producción de un bebé<sup>9</sup>.

---

<sup>3</sup> LUNA, F., "Assisted Reproductive Technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues", en: VAYENA, E., Rowe, P. J., Griffin, P. D., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, WHO, Ginebra, 2002, pp. 31-40.

<sup>4</sup> DINIZ D., "Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro", en: *Jornal Brasileiro de Reprodução Humana Assistida* 7(3), 2003, pp. 10-19.

<sup>5</sup> Hay casos de personas, en general parejas heterosexuales, que buscan las tecnologías reproductivas para la realización del diagnóstico pre-implantatorio del embrión, particularmente en los casos de malformaciones genéticas y hereditarias.

<sup>6</sup> COSTA, R. G., *Concepção de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*, Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Estatal de Campinas, 2001; GUPTA, J. A., *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy: freedom or dependency?*, Sage Publications, Nueva Delhi/Londres, 2000; INHORN, M., *Local Babies, Global Science: gender, religion and in vitro fertilization in Egypt*, Routledge, Londres, 2003.

<sup>7</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD *apud* HARDY, D.G.F., *Avaliação de dois protocolos de desenvolvimento folicular para fertilização assistida*, 1993, Disertación de Mestrado en Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Campinas.

<sup>8</sup> COSTA, R. G., *op. cit.*, 2001.

<sup>9</sup> BECKER, G., "Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease", *Sociology of Health and Illness*, vol. 14, Nº 4, 1994, pp. 456-471; BECKER, G., *The Elusive Embryo: how women and men approach new reproductive technologies*, University of California Press, Berkeley, 2000; CORRÊA, M., *Novas Tecnologias Reprodutivas: Biologia Sem Limites ou Limites da Biologia?*, EDUERJ, Rio de Janeiro, 2001.

La figura de la pareja como el foco de las atenciones no sólo fue parte de un acto técnico de cuidado biomédico, sino esencialmente un acto moralizador en el campo de la sexualidad y de la reproducción. En muchos casos, la figura de la pareja infértil no existe, lo que hay es la pareja infecunda, es decir, una pareja que busca hijos biológicamente vinculados. O incluso personas solas infecundas en busca de un hijo con vínculos biológicos. El origen de la infertilidad muchas veces es desconocido, inclusive después de incontables investigaciones biomédicas. El diagnóstico de “infertilidad sin causa aparente” no sólo es parte del vocabulario médico oficial, sino también el de muchas mujeres y hombres, en tanto justificación para la ausencia de hijos<sup>10</sup>. Son raras las situaciones en que tanto la mujer como su compañero presentan restricciones clínicas de fertilidad. Por regla general, los límites físicos están en el cuerpo de solo uno de los miembros de la pareja, aunque gran parte de los tratamientos en inducciones hormonales ocurra en el cuerpo de la mujer.

Pero si la pareja infértil es una representación moral antes que un diagnóstico médico, ¿por qué su uso es tan recurrente en la literatura biomédica y hasta en las mismas ciencias sociales?<sup>11</sup> Este artículo discutirá cómo la reacción y la perpetuación de la categoría pareja infértil sirvió tanto a propósitos políticos de institucionalización de la Medicina Reproductiva como ofreciendo garantías morales de que el acceso a las tecnologías reproductivas estaría restringido sólo a las parejas heterosexuales en situación de conyugalidad<sup>12</sup>. Al desnudar las presuposiciones morales de la categoría pareja infértil, el objetivo es discutir en qué medida la naturalización de la heterosexualidad como regla moral para los proyectos de constitución de familia fue lo que ha facilitado la superposición de infecundidad e infertilidad, así como también para limitar el acceso de personas solas u homosexuales a las tecnologías reproductivas.

Las tecnologías reproductivas conceptivas son un conjunto de técnicas biomédicas que buscan concretizar el proyecto de parentalidad biológica de mujeres y hombres involuntariamente infecundos<sup>13</sup>. Algunas de las técnicas más comunes son la reproducción asistida, la fertilización in-vitro y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides. La infecundidad involuntaria fue traducida por varias autoras de las ciencias humanas, en especial las de inspiración feminista, como la ausencia involuntaria de hijos<sup>14</sup>. Mujeres y

<sup>10</sup> SANDELOWSKI, M., *With Child in Mind: Studies of the Personal Encounter with Infertility*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1993.

<sup>11</sup> Autoras precursoras del campo en las ciencias sociales, como Gay Becker, se refieren a la familia infértil (BECKER, G., *Healing the Infertility Family: Strengthening Your Relationship in the Search for Parenthood*, University of California Press, Berkeley, 1990). En Brasil, Marlene Tamanini también se refiere a la categoría pareja infértil (TAMANINI, M., *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil*, Tesis de Doctorado del Programa Interdisciplinario en Ciencias Humanas, Centro de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003, 363 p.).

<sup>12</sup> Naara Luna sostiene la hipótesis de que la creación de la categoría pareja infértil ha favorecido la definición de fronteras para la Medicina Reproductiva, una forma de marcar su identidad en relación con otros saberes médicos como la Ginecología o la Urología (LUNA, N., *Provetas e Clones: Teorias da Concepção, Pessoa e Parentesco nas Novas Tecnologias Reprodutivas*, Tesis de Doctorado en Antropología – Programa de Post Grado en Antropología Social, Museu Nacional, UFRJ, 2004).

<sup>13</sup> Según Marilena Corrêa, “...reprodução assistida é o termo médico que descreve um conjunto heterogêneo de técnicas reunidas em torno de um eixo –o tratamento paliativo para situações de esterilidade– mas que... o ultrapassa...” (CORRÊA, M., “Novas Tecnologias Reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas”, en: *Estudos Feministas*, vol. 6, Nº 1, 1998, p. 126).

<sup>14</sup> COREA, G., *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, Harper and Row, Nueva York, 1985; GROSSI M., Porto, R. y Tamanini, M., *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*, LetrasLivres, Brasília, 2003; FRANKLIN, S., “Making Miracles: scientific progress and the facts of life”, en: FRANKLIN, S. y Ragoné, H. (eds.), *Reproducing Reproduction: kinship, power, and technological innovation*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1998; GUPTA, J. A., *New Reproductive Technologies, Women’s Health and Autonomy: freedom or dependency?*, Sage Publications, Nueva Delhi/Londres, 2000.

hombres que recurren a la Medicina Reproductiva lo hacen para tener hijos y, en general, después de un largo itinerario terapéutico y de tentativas de embarazo sin intervención médica. Hubo un periodo en que las causas de la infecundidad involuntaria fueron de la mano de los conocimientos *psi*, pero a mediados de los años 70 se asumió como un tema médico de intervención en el cuerpo femenino (y sólo recientemente en el cuerpo masculino)<sup>15</sup>.

En muchos casos no hay diagnóstico clínico para la infertilidad. Se parte de la presunción de que la mujer mantiene relaciones sexuales heterosexuales desprotegidas de métodos anticonceptivos y que no consigue quedar embarazada. En realidad, la identificación de la infertilidad como un estado de enfermedad solamente ha surgido después de la instauración del deseo por tener un hijo; es decir, solamente cuando la infertilidad pasa a ser una infecundidad indeseada. El deseo por el hijo asociado a la imposibilidad física de tenerlo hace con que muchas mujeres y hombres se consideren enfermos o discapacitados<sup>16</sup>. Por otro lado, hay casos de personas con infertilidad que jamás se identificarán como infértiles –o aun como enfermas–, pues la infertilidad como asunto médico solamente ocurre cuando surge el deseo por tener hijos. Son las personas infértiles que no desean hijos los que evidencian la frontera entre infertilidad e infecundidad involuntaria. Ni tampoco todo cuerpo estéril será sometido a la medicalización por las tecnologías conceptivas; solamente las personas infértiles, para quienes la infecundidad es indeseada, van a buscar el auxilio de la Medicina Reproductiva.

En ese sentido, el principal objetivo de las tecnologías conceptivas no sería revertir o solucionar las posibles causas de una infertilidad que conducen a la infecundidad involuntaria, sino garantizar la producción de un bebé. Solucionar la infecundidad a través de la producción de un niño con lazos biológicos con los genitores es la promesa del resultado de las tecnologías conceptivas. Ese cambio de perspectivas –de la infertilidad a la infecundidad– no se dio sin razón. La Medicina Reproductiva se consolidó como una nueva especialidad médica cuya identidad era antes la de un servicio que la de un tratamiento de salud. A despecho de todas las restricciones de eficacia de las técnicas reproductivas, todavía es más fácil producir un bebé que identificar, tratar o curar las causas físicas de la infertilidad en mujeres y hombres. Hay una parte significativa de los casos de infecundidad involuntaria para los cuales no están identificadas las posibles causas de la infertilidad.

Fue en este contexto ambiguo –entre servicio y tratamiento– que la categoría pareja infértil resultó estratégica. Con pocas excepciones, la infertilidad no es una condición física de la pareja, pero sí de mujeres y hombres en particular. En casi todos los casos, independientemente del origen de la infertilidad, las intervenciones son realizadas en el cuerpo de la mujer. Transformar la infertilidad en una condición familiar y no en un problema de salud individual fue una estrategia moral que facilitó el compromiso en el tratamiento médico mismo de quien no presentaba cualquier restricción de fertilidad. La idea de que la infertilidad es un problema de la pareja es una herramienta discursiva que

---

<sup>15</sup> SANDELOWSKI, M., *op. cit.*, 1993.

<sup>16</sup> SANDELOWSKI, M., *Id.*, 1993; BATEMAN, S., "When Reproductive Freedom Encounters Medical Responsibility: Changing Conceptions of Reproductive Choice", en: VAYENA, E., Rowe P.J., Griffin P.D., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, WHO, Ginebra, 2002: pp. 320-332; RODRIGUES, D., *Socorro, quero ser mãe! Por que justo eu não consigo engravidar?*, Fundação Peirópolis, São Paulo, 1999.

facilita la medicalización de la infecundidad. De lo contrario, otras posibilidades de solucionar la infecundidad podrían ser enunciadas; la más simple de ellas es la sustitución del cuerpo estéril en el proyecto reproductivo.

Pero para que la salida a la infecundidad se mantuviera en la medicina y no en otras instituciones sociales —como la adopción, por ejemplo— fue necesario asumir las tecnologías reproductivas como tratamiento y no simplemente como un servicio de producción de bebés<sup>17</sup>. La pretensión de medicalización de la infertilidad retiró del cuerpo estéril el origen de la infertilidad y la rediseñó como una cuestión familiar. La infertilidad no estaba solamente en un tubo obstruido o en la baja producción de espermatozoides, sino en el proyecto familiar de una pareja que no era capaz de concretizar el deseo por hijos sin el auxilio de la medicina. Además de garantizar la consolidación de una nueva especialidad médica en nombre de un proyecto social considerado fundamental —la constitución de la familia— y no meramente de un servicio, el resultado fue que la categoría “pareja infértil” alejó las opciones de lograr hijos originados en familias constituidas sobre bases distintas a las de la pareja heterosexual.

Un análisis superficial de la categoría pareja infértil en la Medicina Reproductiva podría sugerir una cierta plasticidad moral del concepto, incluso por una neutralidad de género. La hipótesis de que, potencialmente, la categoría pareja infértil sería universalista en cuanto a la orientación sexual de las usuarias y usuarios de la Medicina Reproductiva es una estrategia política de negociación en el debate legislativo brasileño, por ejemplo, antes que un indicador de garantías universales de acceso a las tecnologías. En realidad, una comprensión sobredimensionada moralmente de la categoría pareja infértil se vio constreñida por la propia ideología naturalista que garantizó el éxito y consolidación de las tecnologías conceptivas como un tratamiento complementario a la naturaleza. Investigaciones etnográficas entre parejas heterosexuales usuarias de las tecnologías reproductivas muestran que estas también son consideradas como válidas en los casos en que están “dando una ayuda a la naturaleza”, lo que excluye a mujeres y hombres solos y parejas homosexuales<sup>18</sup>.

La propuesta moral de las tecnologías conceptivas nunca fue la de producir bebés para todas las personas o parejas que se consideraran involuntariamente infecundas. Una pista que indica cual es la pareja legítimamente infecunda que podría volverse usuaria de las clínicas de reproducción puede ser encontrada en el concepto de naturaleza ampliamente utilizado por la Medicina Reproductiva. Las técnicas reproductivas no se posicionaron como una amenaza a la naturaleza, sino como técnicas complementarias a la reproducción natural<sup>19</sup>. La acusación de manipulación de la naturaleza se dirige al manoseo y descarte de los embriones, pero no directamente a la producción de futuros bebés en

<sup>17</sup> CORRÊA, M. V., *op. cit.*, 2001; INHORN, M., *Local Babies, Global Science. Gender, Religion, and In Vitro Fertilization in Egypt*, Routledge, Nueva York, 2003.

<sup>18</sup> HIRSCH, E., “Negotiated limits: interviews in south-east England”, en: EDWARDS, J., Franklin S., Hirsch E., Price F., Strathern M. (eds.), *Technologies of Procreation – Kinship in the age of assisted conception*, Manchester University Press, Manchester, 1993.  
TAMANINI, M., “Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: bioética, controvérsias. Um Ensaio”, en: *Estudos Feministas*, vol. 12, Nº 1, pp. 73-107; COSTA, R. G., *op. cit.*, 2001.

<sup>19</sup> Marlene Tamanini afirma que “...a intervenção médica cotidiana na reprodução humana parte do pressuposto de que é necessário ajudar a natureza, devolvendo sua capacidade reprodutiva, que está em algum lugar e que necessita ser acordada e ajudada pela ciência ...” [cursivas en el original] (TAMANINI, M., *op. cit.*, 2004).

laboratorio. Al contrario, hasta tal punto la ideología naturalista fue fortalecida con las tecnologías conceptivas que, excepto por la proximidad con el tema del aborto o con el de la clonación terapéutica y reproductiva, la Medicina Reproductiva no ha sido objeto de resistencia del clero católico en la América Latina<sup>20</sup>.

La idea naturalista aplicada a las técnicas reproductivas puede ser mejor comprendida a través de las nociones euro-americanas de parentesco. Marilyn Strathern enfatiza que, en el contexto de esas nociones, los hechos considerados naturales de la procreación son la relación sexual, la transmisión de los genes y el parto<sup>21</sup>. Las tecnologías reproductivas pueden permitir que uno o más de esos elementos sea evitado o sustituido, pero no modificado o suprimido. En otras palabras, aunque no sea necesaria la relación sexual para la reproducción asistida, el parentesco euro-americano presupone que ésta ha existido y que también se haya instituido la relación heterosexual para establecer el parentesco. Es interesante observar que, a pesar de que las tecnologías reproductivas tienen el poder de propiciar diversas maternidades y paternidades —como es el caso de parejas homosexuales o de mujeres y hombres solos—, el pensamiento euro-americano re-significa ese fenómeno, adecuándolo al binomio padre/madre. Según Érica Souza, las tecnologías reproductivas conservan el modelo considerado natural de procreación, pues las sustancias o personas involucradas tomarían los roles de o sustituirían a otras sustancias o personas consideradas “naturales”<sup>22</sup>. La intervención tecnológica sustituiría a la relación sexual, la madre de alquiler sustituiría a la madre “verdadera”, lo que se dona sustituiría el óvulo de la madre o el semen del padre; y, de esta manera, siempre habría una sustitución que permitiría la preservación del modelo asumido como natural, mientras que la intervención solamente ajustaría las condiciones físicas.

La idea de que existe una reproducción natural a ser replicada por las tecnologías conceptivas trajo consigo la presuposición de la heterosexualidad de las parejas infértiles. La reproducción natural a ser fortalecida por las clínicas de reproducción no sería simplemente aquella resultante de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide, sino aquella precedida en la alcoba por relaciones heterosexuales estériles. La necesidad de relaciones sexuales anteriores entre la pareja heterosexual es vista por Marilyn Strathern como fundamental para la representación del parentesco euro-americano, en el que se considera que la mujer queda embarazada mediante una relación sexual y el embrión va a desarrollarse independientemente de la participación del compañero, así como de la relación posterior con el padre. No obstante, el tema va más allá de lo biológico<sup>23</sup>.

En efecto, en este sistema de parentesco las relaciones necesitan ser constantemente trabajadas, dado que se asume que el componente biológico se desarrolla independientemente de ellas. Es decir, la relación que se ha producido en la concepción puede acabar

---

<sup>20</sup> DINIZ, D., *op. cit.*, 2003.

<sup>21</sup> STRATHERN, M., *Reproducing the Future. Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*, Manchester University Press, Manchester, 1992.

<sup>22</sup> SOUZA, E., *Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade*, Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Estatal de Campinas, 2005.

<sup>23</sup> STRATHERN, M., “Necessidade de pais, necessidade de mães”, en: *Estudos Feministas*, año 3, Nº 2, 1995. Aquí la autora hace una comparación con la representación trobriandesa de procreación donde un espíritu ancestral deja embarazada a la mujer y el marido es responsable por alimentar el feto a través de las relaciones sexuales.



si no estuviera protegida por otras relaciones entre la misma pareja, como el matrimonio. Por tanto, el hijo –a pesar de nacer con un padre genético– también necesita de un padre social. Su concepción ha exigido una relación, registrada en sus características, pero él surge como una persona individual con necesidad de relaciones. Es decir, el parentesco euro-americano presupone, según la autora, la formación de relaciones íntimas basadas en la procreación<sup>24</sup>.

En esta representación de parentesco, la atribución de semejanzas entre los parientes, principalmente entre padres e hijos, aparece como fundamental. En el caso de uso de tecnologías reproductivas con donación de óvulos, por ejemplo, investigaciones etnográficas señalan la importancia de que haya semejanza entre padres e hijos. Esto se verifica en el deseo expreso de las receptoras de óvulos por tener donantes que se les parezcan físicamente; pero también hay exigencias de la legislación del país, o de las normas de los consejos de medicina, que apuntan a favor del parecido físico entre donantes y receptoras de óvulos<sup>25</sup>.

Así, la búsqueda de la semejanza fenotípica entre padres e hijos en los casos de donación de óvulos y espermatozoides busca aproximar la tecnología al modelo de procreación considerado natural, que es donde esas semejanzas existen. En la representación euro-americana de parentesco, la semejanza con los padres y con los diferentes miembros de la familia es un elemento importante en la formación de la identidad del individuo. El interés en el parecido físico forma parte de la cultura familiar. Pero la atribución de semejanza por parte de la representación del parentesco termina contribuyendo a la construcción de esas semejanzas, en mayor medida que las propias semejanzas podrían servir para construir la representación de paternidad y maternidad. Es decir, las semejanzas aparecen como metáforas del parentesco y no al revés, toda vez que, en cualquier caso, la semejanza está en los ojos del observador<sup>26</sup>.

Así, aunque la infecundidad y la infertilidad se hayan superpuesto en el proceso de institucionalización de las tecnologías conceptivas, la infertilidad de una relación heterosexual se configura como la presuposición natural que legitima la demanda para la solución de la infecundidad. La pareja infértil es, por lo tanto, la representación de la reproducción natural estéril que busca auxilio de la tecnología para solucionar la infecundidad involuntaria. En este cuadro lógico de complementariedad entre tecnología reproductiva y naturaleza, hay poca amenaza a las moralidades vigentes sobre la reproducción biológica y social con el avance de las tecnologías conceptivas.

Definitivamente, no todas las personas infértiles o infecundas están consideradas para un acceso legítimo a las tecnologías conceptivas. Es seguro que hay una diferencia entre la garantía del acceso y la elegibilidad de las mujeres y parejas en los servicios públicos y privados de salud. La restricción del acceso a las mujeres homosexuales o solas en la medicina pública es más fuerte que en las clínicas privadas, donde la lógica del

<sup>24</sup> *Id.*

<sup>25</sup> BESTARD, J. y Marre, D., "El cuerpo familiar: personas, cuerpos y semejanzas", *Textos PUG*, 2004; COSTA, R. G., *Reprodução assistida, "raça" e nação: uma comparação entre Brasil e Catalunha*, Relatório de Pesquisa enviado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2005.

<sup>26</sup> DELANEY, C., "The meaning of paternity and the virgin debate", en: *Man*, vol. 21, 1986.



mercado abre espacio para una negociación moral mayor en el campo de la sexualidad. Asimismo, en las clínicas privadas habitualmente se acepta la solicitud de mujeres solas o parejas homosexuales bajo la condición de pasar antes por una evaluación psicológica, lo que presume alguna tendencia patológica (o inadecuación para la parentalidad) en el deseo de hijos por parte de esos grupos; ya que el examen psicológico no es requerido en el caso de parejas heterosexuales. De cualquier manera, con el respaldo de tales exámenes psicológicos, los servicios privados vuelven a la lógica del mercado, de la libertad de opción y consumo, y están disponibles para aceptar a esos grupos de personas como usuarios de las tecnologías conceptivas.

Pero como el foco de las atenciones debe ser el fundamento de las políticas públicas de salud, la tensión entre servicio y tratamiento no será pautada por la lógica mercantil de la medicina privada. La tendencia en gran parte de los países de Latinoamérica es restringir el acceso a las personas con diagnóstico clínico de infertilidad, lo que de alguna forma devolvería las tecnologías reproductivas al campo de los tratamientos en salud y no solamente como un servicio de producción de bebés. El discurso predominante es que el derecho de constituir familia debe ser considerado un derecho reproductivo fundamental y, por lo tanto, garantizado y promovido por el Estado<sup>27</sup>. Recientemente, el Ministerio de Salud brasileño anunció que las tecnologías conceptivas formarán parte de una política universal prioritaria de planificación familiar<sup>28</sup>. Esta posición representa no sólo una nueva perspectiva de los países en desarrollo para garantizar la reposición de la población ante la caída en la tasa de fecundidad y el creciente envejecimiento poblacional, sino que también es una demostración de la fuerza de la institucionalización de la Medicina Reproductiva en promover la solución de la infecundidad involuntaria vía la medicalización de la reproducción.

Pero así como hay un movimiento creciente para redefinir las tecnologías conceptivas como un tratamiento de salud basado en la garantía de un derecho fundamental —el de constituir familia—, por otro lado, dada la imposibilidad de diagnosticar todas las causas de infertilidad, el diagnóstico de infertilidad sin causa aparente dejaría una puerta abierta para la renegociación de las tecnologías como un servicio potencialmente universal; es decir, para todas las personas con infecundidad involuntaria, independientemente de la existencia o no de un cuerpo estéril. El diagnóstico de infertilidad sin causa aparente es enunciado todas las veces que la causa de la infecundidad involuntaria no es localizada en el cuerpo de la mujer o del hombre en tratamiento por la Medicina Reproductiva. No hay señal o síntoma de esterilidad en el cuerpo: el único indicador de la enfermedad es la infecundidad involuntaria garantizada por la presunción de la heterosexualidad de la pareja infértil. En consecuencia, el diagnóstico de infertilidad sin causa aparente —antes que ser solamente una estrategia diagnóstica temporal de la Medicina Reproductiva para controlar lo desconocido—, es una categoría que, por estar asentada en la ideología naturalista que presenta las tecnologías conceptivas como un perfeccionamiento de la reproducción en la alcoba, presupone la heterosexualidad de la pareja infértil.

---

<sup>27</sup> DINIZ, D. y Buglione, S., "Debate", en: DINIZ, D. y Buglione, S., *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*, LetrasLivres, Brasília, 2002, pp. 81-92.

<sup>28</sup> COLLUCCI, C., "Fertilização In Vitro", *Folha On Line*, 3 de febrero de 2005.

El cruce de la presuposición de la heterosexualidad con el diagnóstico de infertilidad sin causa aparente abre espacio para una ambigüedad estratégica en la identidad de la Medicina Reproductiva que ora se define como un servicio, ora como un tratamiento de salud. No hay ninguna garantía de que la pareja infértil diagnosticada con infertilidad sin causa aparente sea de hecho una pareja heterosexual, pues no es parte de la rutina de tratamiento de la Medicina Reproductiva acompañar el acto sexual de sus usuarios para comprobar el coito. Lo que los usuarios relatan y presentan es la rutina de relaciones sexuales, los diarios de control de temperatura o el seguimiento de la ovulación por medio de ecografías. Y, por encima de todo, son portavoces de un relato angustiado de infecundidad involuntaria<sup>29</sup>.

Esa infecundidad involuntaria aparece como un problema que afecta tanto la masculinidad como la feminidad, aunque de manera distinta. Por un lado, al asociarse comúnmente la infecundidad masculina con la impotencia, el no conseguir tener hijos constituye una amenaza a la virilidad. Mientras que para las mujeres, la infecundidad amenaza su feminidad porque les impide cumplir su vocación “natural” de madre. Así, la infecundidad es un elemento que puede poner (aunque por vías distintas) tanto la masculinidad como la feminidad en los niveles más bajos de la escala jerárquica entre lo masculino y lo femenino<sup>30</sup>. En ese sentido, la presunción de la pareja reproductiva heterosexual también reafirma nociones de género convencionales que asocian masculinidad con potencia sexual y feminidad con maternidad.

Pero en el proceso de construcción del diagnóstico de las causas médicas de la infecundidad, la existencia del coito no es comprobada en los tratamientos: basta la presunción de la heterosexualidad de la pareja infértil. Eso no significa que deba ser incluida en la rutina médica una averiguación del coito heterosexual como un requisito para el acceso al tratamiento y para la elegibilidad al diagnóstico de infertilidad sin causa aparente. Al contrario, la plasticidad del concepto de infertilidad sin causa aparente es solamente una demostración de la medida en que esas tecnologías están puestas al servicio de una moralidad heterosexual, en la que basta su enunciación para que los recursos médicos sean redefinidos como un servicio de producción de bebés para solucionar la infecundidad involuntaria. Sin embargo, al ser confrontada con la infecundidad involuntaria de mujeres solas u homosexuales, por ejemplo, la identidad de tratamiento de salud pasa a ser soberana: se alega que mujeres solas u homosexuales no viven necesariamente en un cuerpo estéril y, por lo tanto, no hay cómo justificar el acceso a las técnicas<sup>31</sup>. Frente a la amenaza moral de que otras formas de expresión de conyugalidad o de parentalidad se expresen por medio de la Medicina Reproductiva, la exigencia de un diagnóstico preciso para la infertilidad pasa a ser el mecanismo de control del acceso. En ese momento, no son más técnicas al servicio de un sueño —el de la producción de bebés— ni tampoco se apela al derecho fundamental de constituir familias. Frente a la amenaza moral de la

<sup>29</sup> RODRIGUES, D., *op. cit.*, 1999.

<sup>30</sup> COSTA, R. G., “Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos”, *Cadernos Pagu* 2011/2001, N° 17/18.

<sup>31</sup> El caso de los hombres solos u homosexuales es más complejo, pues para garantizar el acceso es necesaria la reglamentación de la gestación de sustitución (DINIZ, D., *op. cit.*, 2003).

parentalidad homosexual, las tecnologías conceptivas se presentan como un tratamiento de salud para cuerpos estériles<sup>32</sup>. Y, en este raciocinio naturalista, la única enfermedad de mujeres lesbianas o solas es no presentarse como una pareja infértil; es decir, sin la garantía de la heterosexualidad conferida por la relación con un hombre.

Algunas autoras feministas ya demostraron cuán comprometida está la institucionalización de las tecnologías conceptivas con la garantía de la presencia masculina en la reproducción biológica<sup>33</sup>. Verena Stolke considera que las nuevas tecnologías reproductivas acaban por reforzar las desigualdades entre hombres y mujeres, beneficiando el deseo de los hombres de tener hijos biológicamente suyos a través de la manipulación del cuerpo femenino<sup>34</sup>. Este argumento de la alienación del cuerpo femenino al imperativo de la maternidad fue extensamente discutido por las primeras autoras feministas que trataron del tema de las tecnologías conceptivas en los años 80 y 90<sup>35</sup>. El argumento todavía hoy inquietante es sobre la tensión ética provocada por la oferta de los servicios de la Medicina Reproductiva: si, por un lado, las tecnologías conceptivas pueden ser comprendidas como una tecnología a servicio de un proyecto social fundamental –el de constituir familia–, por otro lado, también pueden ser entendidas como un imperativo moral para las mujeres heterosexuales en relación estable con hombres.

En realidad, la ideología naturalista de la reproducción pauta en la heterosexualidad es protegida por las tecnologías conceptivas al requerir la presencia masculina en la reproducción. La exigencia moral es el cumplimiento de las convenciones de género asentadas en el discurso sobre lo natural; donde, de la misma manera que óvulos y espermatozoides son necesarios para la fecundación, mujeres y hombres son necesarios para la reproducción social. En este sentido, el diagnóstico de infertilidad sin causa aparente podría ser una puerta abierta para la negociación de la infecundidad involuntaria y no estrictamente del cuerpo estéril como criterio de elegibilidad a las técnicas. Sin embargo, el debate político de los años 2000 no se viene desarrollando de esta manera en algunos países de Latinoamérica, donde la tendencia es a restringir el acceso a parejas heterosexuales.

Pero dada la mayor sensibilidad ética y política internacional sobre la conyugalidad y parentalidad homosexual, las estrategias políticas para prohibir el acceso de homosexuales o parejas homosexuales a las técnicas reproductivas es bastante sutil. Algunas de esas estrategias, en la frontera con los conocimientos jurídicos, resuelven varias dificultades morales en conjunto. La prohibición de donación de esperma, por ejemplo, es una restricción bastante común en los países de tradición musulmana. Otro es la previsión del derecho al reconocimiento de los orígenes genéticos; es decir, el derecho del futuro niño generado por tecnologías conceptivas a solicitar la identidad del donante de esperma

---

<sup>32</sup> CORRÊA, M., *A tecnologia a serviço de um sonho. Um estudo da reprodução assistida no Brasil*, Tesis de Doctorado, Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

<sup>33</sup> SHERWIN, S., *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*, Temple, Filadelfia, 1992 (ver Part II, 6: "New Reproductive Technologies").

<sup>34</sup> STOLKE, V., "New reproductive technologies: the old quest for fatherhood", *Reproductive and Genetic Engineering*, 1(1), 1988.

<sup>35</sup> COREA, G., *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, Harper & Row, Nueva York, 1985; DENNY, E., "Liberation or Oppression? Radical Feminism and in vitro fertilization", en: *Sociology of Health and Illness*, vol. 16, 1994, pp. 62-80.

cuando alcanza la mayoría de edad. Estos son algunos ejemplos de cómo el derecho podría restringir, por otras vías argumentativas, una posible universalización del derecho a constituir familia por medio de las tecnologías conceptivas<sup>36</sup>.

La simple amenaza de que la quiebra del secreto pueda ser una posibilidad jurídica termina por eliminar cualquier posibilidad de donación anónima solidaria, dada la amenaza de un futuro proceso judicial de reconocimiento de paternidad. Esa simple restricción, aparentemente técnica, resuelve de inmediato dos controversias morales. La primera, la del acceso de mujeres solas u homosexuales, pues estas necesitan del recurso al banco de espermatozoides. La segunda, la que supone que la donación heteróloga es una forma de adulterio, tal como es sostenido por algunas religiones como la católica, o una forma impura de reproducción, como sugiere la religión musulmana<sup>37</sup>.

En este cuadro político poco sensible a la pluralidad moral, la tendencia es que la ambigüedad entre tratamiento y servicio –en términos médicos, entre infertilidad e infecundidad– no va a facilitar la universalización del acceso a las técnicas conceptivas y, consecuentemente, no ampliará el espectro de personas que legítimamente buscan la medicina para solucionar la experiencia de la infecundidad involuntaria. Las tecnologías conceptivas se vienen constituyendo en un campo protector de la ideología naturalista y de la moral heterosexual para la constitución de familias y el ejercicio de la parentalidad, valores expresados en la categoría pareja infértil. Esta misma ambigüedad, sin embargo, podría ser uno de los instrumentos políticos de negociación para promover y asegurar un cambio de valores y prácticas que, rápidamente, se procesan en nuestras sociedades.

La reproducción social amparada en la reproducción biológica y no en el derecho de constituir familia es una organización social fundamental y uno de los puntos de la lucha política de los homosexuales. Lo curioso es que la medicalización de la infecundidad, en vez de potenciar la reproducción biológica como un instrumento de cambio moral para la reproducción social, se presenta como un poderoso instrumento de refuerzo de la moral heterosexual y de patrones de constitución de familia asentados en premisas naturalistas de lo femenino y lo masculino. En ese sentido, el potencial de cambio traído por las tecnologías conceptivas en relación con la reproducción y la sexualidad viene redundando muchas veces en la afirmación de nociones convencionales de género.

---


<sup>36</sup> INHORN, M., *op. cit.*, 2003.

<sup>37</sup> *Id.*



**Las tecnologías de reproducción asistida  
Una aproximación desde la ética y las fugas feministas\***

**Ana Gúezmes**



**Ana Güzmes.** Perú. Feminista y médica con especialidad en salud pública. Coordinadora del Observatorio del Derecho a la Salud del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Integrante del Comité Coordinador del Programa de Estudios de Género de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y del Consejo Directivo del ForoSalud.

# Las tecnologías de reproducción asistida

## Una aproximación desde la ética y las fugas feministas

*“Hagamos de nuestras sexualidades, deseos y afectos un desorden global”<sup>1</sup>.*

### I. PRESENTACIÓN

El seminario para el cual preparé este ensayo no incluyó la aprobación de ningún documento político ni referente para la acción feminista en la región. Por el contrario, el propósito fue enfocar “callejones sin salida” y controversias en el campo de la teoría y práctica feminista con la intención de abrir caminos rumbo a la Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos<sup>2</sup>. Tal como lo planteó Roxana Vásquez<sup>3</sup> en la introducción del seminario, los aspectos de la sexualidad y la reproducción son controversiales “fundamentalmente por no habernos detenido lo suficiente para conocer, pensar, percibir o dialogar sobre estas dimensiones”. El diálogo aparece así –para la Alianza Regional– como un proceso fundante destinado a la construcción de la agenda política en la perspectiva incluyente de generar un marco normativo en el sistema interamericano. En el manifiesto original de la campaña se refuerza esta idea señalando: “en la medida que nuestra propuesta se define como un aporte a la construcción de la democracia se propone impulsar procesos que nos permitan como sociedad, informarnos, discutir, debatir, revisar y volver a pensar sobre estos asuntos. No pretendemos hacer lo que criticamos: las bases de todas nuestras formulaciones serán el resultado de debates intensos al interior de nuestras sociedades y no sólo de las ideas de un conjunto de especialistas<sup>4</sup>.”

Por ello, al escribir este ensayo busco contribuir a estos diálogos compartiendo algunas preguntas que me he hecho a lo largo de estos años, y otras que se han planteado desde el campo de la bioética, y que configuran algunos de los “nudos críticos” en el debate actual. Identifico algunos puntos en común que tienen las diferentes aproximaciones éticas de las feministas y, finalmente, presento algunas propuestas y desafíos para la propia campaña.

En este sentido, parto de mi propia movilidad y ausencia de certezas frente a las

---

<sup>1</sup> Lema usado en el panfleto distribuido durante la acción organizada por el recipiente de mujeres del ForoSocial Transatlántico en Madrid en contra de la Telefónica una de las mayores transnacionales en 2002. Ha sido usado por las feministas de Eskalera Karakola en las marchas para exigir el reconocimiento de proyectos autogestionarios de mujeres: en concreto, la expropiación, rehabilitación, y cesión y realojo del centro social okupado La Eskalera Karakola en 2004.

<sup>2</sup> Memoria preliminar del seminario preparada por Ángela Freitas.

<sup>3</sup> Actualmente es la coordinadora de la Alianza Regional que impulsa la campaña por la Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.

<sup>4</sup> Campaña por una Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, Manifiesto nuestros cuerpos, nuestras vidas. Primera versión para el debate, noviembre de 2002. En <http://www.convencion.org.uy/menu1-07.htm>. Sitio web visitado en mayo de 2005.

técnicas de reproducción asistida (en adelante TRA). En primer lugar, es importante aclarar que me siento como una feminista en tránsito y que mi lugar de enunciación no es el de una experta en estas tecnologías. En la década de los 80 era una activista española de FINRRAGE (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering)<sup>5</sup>. Después, como peruana trabajé con Flora Tristán de manera mucho más cercana a las “nuevas” tecnologías anticonceptivas; nuevas tomando en cuenta que se introducen en la oferta pública peruana a fines de los 80, en un contexto donde –aún en el año 2000, de acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática– seis de cada diez embarazos no son deseados por las mujeres<sup>6</sup>.

Reconozco que el debate feminista sobre las tecnologías conceptivas ha sido poco desarrollado en la región; por lo que felicito a la Campaña por una Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos por este seminario<sup>7</sup>. Hace unos años colaboré con este tema como revisora para la versión en español del libro “Nuestros cuerpos, nuestras vidas”<sup>8</sup> donde reafirmábamos nuestros dilemas ante estas tecnologías. Pienso que parto de algunas certezas: negativa frente a la clonación humana, frente a la selección de sexo, un no rotundo a las patentes del genoma humano, el rechazo a criterios discriminatorios para acceder a estas técnicas, el anonimato de donantes y principalmente la exigencia de un debate más abierto y mayor transparencia con la información genética.

Tengo que mencionar que hace tres semanas celebré en Madrid la bienvenida de un año de Marina, hija de dos amigas lesbianas que decidieron un modelo biológico –y con cierta protección legal para ambas<sup>9</sup>– de dos mamás (una gestó y otra aportó el óvulo), y un amigo común que aportó el esperma. Él no va a asumir una figura paterna, pero tampoco la del donante anónimo y va a acompañar emocional y económicamente la vida de Marina. Puede que este modelo experimental suene a frivolidad cuando se analiza desde el continente dónde las personas mueren cotidianamente por falta de cuidados básicos en salud, o cuando tenemos a más de un millón de niños y niñas trabajando en las

---

<sup>5</sup> En 1984 en Holanda, durante el Segundo Congreso Internacional Interdisciplinario de Mujeres, se organiza el FINRET (Red Internacional Feminista sobre Tecnología Reproductiva e Ingeniería Genética), que en 1985 –frente a la evidencia de la ausencia de las voces de las mujeres en las discusiones sobre TRA que se extendían sin regulación– pasó a ser FINRRAGE (en castellano: Red Internacional Feminista de Resistencia a la Tecnología Reproductiva y Genética). Aunque la organización se reconoció como plural, con una coordinación en Inglaterra y contactos en más de 28 países (en 1985), quiso elevar su voz de protesta por dicha ausencia. FINRRAGE, junto a la Asociación de Mujeres para la Salud organizaron en 1986 en España la Primera Conferencia Europea sobre Tecnología Reproductiva e Ingeniería Genética.

<sup>6</sup> Ferrando, Delicia, *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras*, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder Internacional, Lima, 2002.

<sup>7</sup> Un esfuerzo singular es el desarrollado por ANIS en Brasil que es un Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género fundado en 1999 y destinado a la investigación, asesoramiento y capacitación en bioética en América Latina. Visitar en: <http://www.anis.org.br>. ANIS impulsa desde 2001 el proyecto editorial LetrasLivres. Otro esfuerzo meritorio es también desde Brasil el desarrollado por la Rede de Informação sobre Bioética (RIB) que se puede visitar en <http://culturabrasil.art.br/RIB>. Se origina en 1996 con un enfoque feminista y antirracista de la bioética. Es coordinada por Fátima Oliveira. Un esfuerzo especialmente relevante es la fundación en 1992 en el Congreso Mundial de Bioética de la asociación FAB, de la International Network on Feminist Approaches to Bioethics. Cuenta con unas 300 miembros de 30 países. Argentina, Brasil, México y Colombia son los países latinoamericanos representados en esta red. Sobre la FAB se puede visitar en internet la dirección [www.fabnet.org](http://www.fabnet.org) La FAB propone un modelo no jerárquico e inclusivo de organización. La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe dedicó el número 2 del año 1997 de la revista *Mujer Salud* a la tecnología y bioética bajo la pregunta ¿cuáles son los límites?

<sup>8</sup> The Boston Women's Health Book Collective, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La guía definitiva para la salud de la mujer latina*, Seven Stories Press, Nueva York, 2000.

<sup>9</sup> En junio de 2005 se aprobó en España la ley que permite a mis amigas reconocer como hija de ambas a Marina, y restituir derechos a las personas LGBT que deseen contraer matrimonio civil o adoptar hijos en pareja.



minas y canteras, pero no puedo evitar comentarles que esta experiencia me motivó mucha alegría y respeto a la autonomía y coraje de las personas involucradas. De nuevo y de siempre, la tensión entre autonomía y justicia social cruza otra vez estos debates. De nuevo, la tensión entre la interpretación de necesidades que hacen nuestras políticas, las que enunciarnos como movimiento, y las que son nombradas en primera persona desde nuestras experiencias como mujeres<sup>10</sup>.

También quiero introducir de partida la tensión feminista-médica. Como médica cuestiono la dicotomía feminista sexo-género, con la idea de que el sexo (biología) es algo estático, invariable y que el género (cultura) es lo que se construye. La experiencia (y nuestra olvidada teoría de la evolución de las especies) nos dicen que la biología también es mutable e influye (aunque no de manera determinista) las construcciones sociales y viceversa. En la actualidad buscamos hacer un acercamiento más dinámico de las relaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural. Por otro lado, no dejo de sorprenderme (y no sólo por la influencia de la sociedad de consumo que ha hecho de la salud un bien comercial y rentable) con la mayoría de avances de la investigación médica y farmacológica, y me siento cómoda en esta disciplina que me conecta con el lenguaje del cuerpo, que es el lenguaje de la vida. Como feminista, cuestiono desde siempre el disciplinamiento de los cuerpos, en nombre de la ciencia, de la fe o de la moral, y reconozco en la medicina una ciencia que invadió y colonizó sin consentimiento nuestro cuerpo y reproducción. Como médica feminista, encuentro cada vez más cercanías entre ambos roles en los últimos años y específicamente en América Latina. En nuestra región, el movimiento por la salud de las mujeres, junto al impacto de los derechos humanos – incluidos los derechos reproductivos en el campo de la salud– ha sido especialmente paradigmático y aún poco reconocido.

Las prácticas reproductivas se han modificado sustantivamente en los últimos cincuenta años y es en parte gracias a las tecnologías reproductivas de alta eficacia: las anticonceptivas primero, y las llamadas de “reproducción asistida”, más tarde. Las primeras hicieron posible separar definitivamente la sexualidad heterosexual de sus consecuencias reproductivas y las segundas introdujeron la posibilidad de la reproducción sin que medie el intercambio sexual.

Desde 1978, en que nació Louise Brown en Inglaterra como la primera persona producto de la fecundación in-vitro (FIV), el movimiento feminista ha tenido diferentes posturas sobre lo que estas técnicas podrían significar para las mujeres. Un sector las consideró como un progreso en lo relativo a la liberación de la mujer en tanto que podrían permitir, por un lado, cuestionar el sistema familiar tradicional al interpelar los modelos de parentesco y filiación y, por otro lado, diferenciar entre sexualidad y procreación. Frente a esta postura se situaron los grupos de mujeres que expresaban su rechazo total afirmando que la procreación técnicamente asistida transformaba la reproducción en un producto de mercado al servicio del sistema económico. Además, añadían, se podrían fomentar políticas eugenésicas, racistas e incluso sexistas, que acabarían volviéndose contra la propia

---

<sup>10</sup> Inicialmente pensé en incluir la idea de personas para reconocer la validez de la experiencia masculina en este artículo. Sin embargo, al releerlo me sentía incómoda en la medida que son aún pocas las voces masculinas que me acompañan en los encuentros feministas que me convocan actualmente. No tengo claro como resolverlo, pero he optado por mi propia honestidad enunciando a las mujeres.

mujer; la que, asimismo, vería alienado su cuerpo en un proceso en el que era —o es— objeto de manipulación física en lugar de ser sujeto de la capacidad de reproducción del propio cuerpo<sup>11</sup>.

En el dossier sobre reproducción humana asistida producido por la Rede Feminista de Saúde—Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, se señalan tres líneas o vertientes ético-políticas. La primera naturaliza el desarrollo científico de las tecnologías reproductivas con predominio de una visión liberal, resistente a limitar el accionar humano. Una segunda línea es la que promueve la evaluación de los riesgos y beneficios y el control de los posibles abusos. La tercera línea radicaliza los límites y propone la prohibición u oposición crítica a las tecnologías de mayor complejidad. Al margen de las diferentes ubicaciones, es importante hacer notar que es en esta tercera vertiente dónde se realizan análisis más globales, asociando las TRA a los aspectos económicos, al poder, a las relaciones entre países, a los impactos en el medio ambiente y en las generaciones futuras<sup>12</sup>.

El movimiento feminista no ha olvidado el tema a lo largo de estos años, y los desafíos que nos plantean estas tecnologías y su avance vertiginoso exigen un pensamiento crítico abierto para enfrentar la diversidad de problemas que generan, irrumpir con voces propias y diversas en las discusiones que desde la ética, el derecho, la medicina y la religión se han hecho sobre la sexualidad y la reproducción; y desarrollar vínculos, alianzas y una agenda política de análisis lo suficientemente integral y comprensiva para poder responder a los problemas actuales y futuros de nuestras sociedades.

## II. LA BIOÉTICA FEMINISTA

Si bien las preocupaciones sobre los sistemas de valores relativos a la vida humana han sido campos de estudio para la filosofía, la medicina y el derecho, entre otras disciplinas, el uso de la palabra “bioética”, apareció a inicios de la década de los 60 y se atribuye a Van Rensselaer Potter, un bioquímico norteamericano de la Universidad de Wisconsin, que usó el término para referirse al conocimiento de la vida en relación con el sistema de los valores humanos<sup>13</sup>. Potter propuso una bioética interdisciplinaria en el prefacio de su libro *Bioética: un Puente hacia el Futuro*: “Hay dos culturas —ciencias y humanidades— que parecen incapaces de hablarse una a la otra y si ésta es parte de la razón de que el futuro de la humanidad sea incierto, entonces posiblemente podríamos construir un ‘puente

---

<sup>11</sup> Asamblea de Dones d’Elx (Anuario 1994), *Mujeres y reproducción asistida*, en: <http://www.nodo50.org/doneselx/donesirepcast.htm>. Sitio web consultado el 15 de mayo de 2005.

<sup>12</sup> Ver las diferentes posiciones en el *Dossiê Reprodução Humana Assistida*, publicado en la <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiereproducaoassistida.html> por la Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de Brasil en 2003.

<sup>13</sup> El autor acuña el término en el artículo “Bioética: la Ciencia de la Supervivencia” (Potter V.R., “Bioethics: the science of survival”, en *Perspectives in Biology and Medicine*, Nueva York, 1970), y sobre todo en su libro *Bioética: un Puente hacia el Futuro* (Potter, V.R., *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall Pub, Englewood Cliffs, NJ, 1971).

hacia el futuro' construyendo la disciplina de la Bioética como un puente entre las dos culturas. [...] Los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos".

Es también a fines de los 60<sup>14</sup> que el feminismo, a través de diferentes colectivos, busca en el campo de la salud una alternativa frente a los tratamientos invasivos de médicos y grandes laboratorios farmacéuticos<sup>15</sup>; y, así, la preocupación por la salud evoluciona en un marco que reafirma la autonomía y autodeterminación de las mujeres, y la integridad corporal. Las feministas conectan de esta forma la salud con las estructuras sociales y las relaciones: los aspectos que se vinculan a la salud no pueden ser tratados como hechos biológicos sobre los cuales decidimos sin considerar las lógicas y las presiones en las que nuestro cuerpo y nuestra salud se desarrolla. Es también desde el campo feminista, donde bajo los términos de *derechos reproductivos*<sup>16</sup>, primero y después de *derechos sexuales* se condensan así diversas exigencias para hacer frente a desigualdades y discriminaciones forjadas en torno a las esferas de la sexualidad y la reproducción; y la reivindicación de las libertades en estos campos<sup>17</sup>.

La limitada respuesta desde los Estados ante estos nuevos paradigmas llevó a que las organizaciones feministas impulsaran alianzas regionales involucrando a otros movimientos e instituciones para plantear, en el marco de los consensos internacionales de los 90 en el seno de las Naciones Unidas, la incorporación explícita de enunciados que comprometieran a los Estados a desarrollar políticas públicas en consonancia con los derechos humanos reconocidos internacionalmente, lo que incluía en forma destacada los derechos humanos de las mujeres y los derechos reproductivos. En acuerdos internacionales anteriores sobre cuestiones de población se plantearon metas demográficas para limitar la población mundial con énfasis en los servicios anticonceptivos como medio principal para alcanzar esas metas. En pronunciado contraste, a lo largo de los Principios y Programa de Acción formulados en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) se ubican las políticas de población, las cuestiones de salud reproductiva y sexual y los derechos al respecto, en el contexto más amplio de las políticas macroeconómicas, el desarrollo sostenible y las cuestiones de derechos humanos. El Programa resultante es así receptor de un fuerte lenguaje de derechos que luego seguiría influenciando sobre los consensos de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Si bien los avances son aún insuficientes, tanto en términos de contenidos como de compromisos asumidos, estas conferencias marcaron un importante cambio de paradigma en la manera de comprender y desarrollar políticas públicas en estos campos<sup>18</sup>.

<sup>14</sup> La idea de que las mujeres debían decidir sobre los aspectos vinculados a la maternidad se originó en los movimientos feministas de control de la natalidad desde 1830 entre las socialistas inglesas y se extendieron a lo largo de un siglo. Una descripción epistemológica e histórica se encuentra en: Correa, Sonia y Rosalind Petchesky, "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective", en Sen, G., A. Germain y L.C. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1994.

<sup>15</sup> Una obra muy conocida es el ya citado manual de salud de la mujer del Colectivo de Mujeres de Boston *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* que se publicó por primera vez en 1972.

<sup>16</sup> El término es de uso reciente y parece haberse originado en 1979 en los Estados Unidos, con la fundación de la Red Nacional por los Derechos Reproductivos, que llevarían la terminología a la Campaña Internacional por los Derechos al Aborto basada en Europa, y en 1984 la campaña en el marco de la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud celebrada en Amsterdam pasaría a llamarse Red Mundial de las Mujeres por los Derechos Reproductivos, extendiéndose rápidamente el uso en el ámbito global.

<sup>17</sup> Güezmes, Ana, *Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos*, Organización Panamericana de la Salud/ PALTEX, Washington, D.C., 2004.

<sup>18</sup> *Ibíd.*

La bioética actualmente se ocupa de una multiplicidad de aspectos vinculados al nacimiento, la enfermedad y la muerte de las personas, así como de definir los límites de la investigación, la experimentación con personas y las intervenciones médicas. Sin embargo, aunque la bioética moderna pretende ser de carácter secular y plural, Warren Reich advierte cómo desde los 70, el control de la fecundidad es el tema que más ha estimulado el debate bioético, y mucho más que cualquier otro tema relacionado con la tecnología médica<sup>19</sup>. Ayudado por el marco legal, engañosamente secular, en las sociedades latinoamericanas, en distintos grados, la iglesia católica ha mantenido un rol de interlocutor privilegiado de los gobiernos, y un insistente protagonismo en las áreas claves de educación y políticas sociales. Si a esto se añade que América Latina es el continente con mayor número de población y organizaciones católicas en el mundo, es difícil suponer que el Vaticano renuncie fácilmente a su ejercicio de poder en el ámbito político, social y cultural de nuestros países. Un aspecto a ser tomado en cuenta es que, a diferencia de otros periodos donde el conflicto entre el Estado moderno y la iglesia católica en América Latina estuvo marcado por una cuestión de tributos, de propiedades de tierra o de tipo de régimen político, en la actualidad el espacio del conflicto está centrado en la sexualidad y el diseño de políticas públicas en materia de derechos referidos a la sexualidad y reproducción<sup>20</sup>.

En este contexto, dónde la sexualidad es terreno de negociación, conflicto y poder, y dónde la jerarquía de la iglesia católica ejerce una presión sostenida en la política de manera opuesta a toda forma de tecnología conceptiva o contraceptiva, las TRA generan un conjunto de debates que incluyen temas como la titularidad de los derechos reproductivos —en el caso de que sean personas diferentes, ¿la maternidad le corresponde a la mujer que aporta el óvulo, la que lleva la gestación en su cuerpo o la que se ocupa de la crianza?—, la eugenesia implícita bajo la idea aparentemente inocua del parecido físico a la futura madre, o aquella desreglada que se produce al seleccionar determinadas características de un donante de semen, hasta la necesidad de definir qué hacer con los embriones congelados o frente a la decisión de una “madre de alquiler” de quedarse con el futuro hijo o hija. Por otro lado, la visibilidad de los nuevos estilos de relaciones familiares, a pesar de la persistencia de modelos legales centrados en la familia nuclear, complejizan y enriquecen estas discusiones. El reconocimiento de uniones de hecho trae a la legalidad la práctica de tener dos mamás o dos papás; y las demandas por el reconocimiento legal de formas diversas de convivencias en las sociedades occidentales introducen múltiples formas de relación con progenitores no biológicos.

Como se ha señalado en la introducción, no existe una sola posición frente a estas tecnologías desde el feminismo —o los feminismos—. El encuentro de los movimientos de mujeres con la bioética, como señala Gaia Marisco, “ha producido una variedad increíble de recursos, ha ampliado la sensibilidad, ha favorecido el desarrollo de ideas, itine-

---

<sup>19</sup> Reich, Warren T., “The ‘Wider View’: André Hellgerís Passionate, Integrating Intellect and the Creation of Bioethics”, en *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 9, 1999, citado en: Cook, Rebecca J., Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, PROFAMILIA, Bogotá, Colombia, 2003.

<sup>20</sup> Ver mayor desarrollo de estas disputas en: Gúezmes, A., “Estado laico, sociedad laica. Un debate pendiente”, en *SeriAs para el Debate* N° 1, Campaña por la Convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, Lima, 2003.

rarios, proyectos”<sup>21</sup>. Sin embargo, creo que hay algunos encuentros comunes de los diferentes feminismos, o al menos énfasis en los debates que se han colocado desde los feminismos. A riesgo de simplificar me gustaría señalar algunos que encuentro, además, presentes en la Alianza que impulsa la Convención:

1. La ética feminista considera a los derechos humanos como la “caja de herramientas” más útil para orientar el análisis y la acción política; y para actuar como cartas dirimentes ante situaciones de conflicto. En la actualidad, necesitamos trabajar en un triple ámbito: la transformación de los contenidos y las estructuras en nuestras políticas públicas, la transformación de las relaciones sociales en los ámbitos público y privado y la transformación de la cultura<sup>22</sup>. Es imprescindible defender los derechos humanos frente a la lógica del mercado en un contexto de diversidad cultural, étnica y de orientación e identidad sexual, lo que involucra la redefinición del contrato social. La incorporación del enfoque de derechos humanos no es un ejercicio teórico conducido por especialistas en el campo del derecho sino que tiene implicancias concretas para la forma como los gobiernos y la sociedad organizan, manejan y evalúan sus políticas públicas.
2. La bioética feminista surge principalmente de los grupos de mujeres y de encuentros con otros grupos sociales en espacios de reflexión y confrontación que cuestionan el lugar desde el cual la bioética –al igual que la salud, la política, el derecho, etc.– se introduce como campo disciplinario de expertos y expertas. Si bien cada vez más feministas participan en seminarios especializados y dialogan en campos complejos de entender para la mayoría de nosotras –tendencia que valoramos y apoyamos<sup>23</sup>–, la democratización y el acceso a la información son fundamentales para luchar contra la tendencia de relegar aquello que pertenece al campo de la libertad y la dignidad humana a zonas especializadas vinculadas al mundo de la medicina, o a discursos disciplinares más legitimados que otros. Es lo que Diana Mafia llama “saberes impertinentes” aludiendo a nuevas vías de aproximación<sup>24</sup>. El punto que reclamamos las feministas es hacer público y democrático el debate y colocar en el terreno de la política estos intercambios reales que ocurren cada vez menos aisladamente en nuestra cotidianidad. También se reclama la apertura al escrutinio público de las disciplinas que nos involucran, como es la medicina y la tecnología asociada a la salud.
3. En adición al punto anterior, se busca no caer en la trampa de la especificidad. La bioética desde un enfoque feminista no puede separarse de la economía ni de la política, pero tampoco de la desigualdad, de la discriminación, de la guerra, de la exclusión, de las necesidades, de los deseos<sup>25</sup>. Se evita así reducir el cuerpo a la biología. El tema “central” de muchos debates se cuestiona desde este lugar de enunciación y, así,

<sup>21</sup> Marsico, Gaia, *Bioética: voces de mujeres*, Narcea S.A Ediciones, España, 2003. En este texto, se encuentra también en el capítulo “Nuevas voces morales en ética” una interesante diferenciación de la ética feminista respecto a la propuesta de Carol Gilligan sobre la ética del cuidado nacida en los años 80 en los Estados Unidos.

<sup>22</sup> Güzmes, Ana, “El tiempo de los derechos sexuales: posibilidades y búsquedas”, en: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, *Derechos sexuales. Derechos reproductivos. Derechos humanos*, CLADEM, Lima, 2002.

<sup>23</sup> Un esfuerzo especialmente relevante es la red FAB (Feminist Approaches to Bioethic).

<sup>24</sup> Mafia, Diana, *Ciudadanía sexual. Aspectos legales y políticos de los derechos reproductivos como derechos humanos*, en: *Feminaria*, año XVI, N° 26/27-28, Buenos Aires, 2000.

<sup>25</sup> Gaia Marsico hace una exploración de la bioética desde una perspectiva feminista, para reinterpretar el concepto de autonomía desde contextos de desigualdad. Ver nota 21.

las sesiones interminables sobre el estatus jurídico del embrión o el momento exacto y sublime de la fecundación, se deben mover desde un énfasis feminista al debate sobre el cuerpo, la libertad, la organización social y la distribución del poder.

4. La ética feminista lleva implícita el cuestionamiento y la sospecha ante cualquier intento de pensamiento único y la denuncia frente a todas las formas de fundamentalismo<sup>26</sup>. La ética feminista es una ética de búsquedas, de incertidumbres, de sospechas, de fugas<sup>27</sup>, que dialoga con la propia experiencia de las personas. Propone pero no pretende tener soluciones totalizantes, estáticas y omnicomprensivas para los problemas sociales.
5. La bioética feminista se produce en tensión al interpretar la autonomía individual dentro del contexto de desigualdad y discriminación –no podemos olvidar que América Latina es el continente con mayor desigualdad, ya desde nuestro propio nacimiento, y desigualdad que según los reportes del PNUD crece en lugar de atenuarse–. Buscamos que las diferencias, que valoramos en una perspectiva de diversidad, no sean marcas de exclusión o discriminación –por razones étnicas, de sexo, de edad, económicas, de discapacidad, de orientación sexual, de identidad sexual, entre otras–. Los feminismos pretenden desarrollar múltiples y complejas luchas para una transformación de la sociedad, lo que lleva a enfrentar injusticias diversas y cruzadas. Para ello ponen en evidencia los temas de poder, control y acceso a los recursos tecnológicos, así como las matrices políticas, ideológicas, culturales y económicas en que se toman las decisiones. La ética feminista, siguiendo a Fraser, exige aproximarnos de manera crítica a la democracia y hacer visibles las maneras en que la desigualdad contamina la deliberación pública, cómo afecta las relaciones entre diferentes públicos, denuncia la rotulación de problemas como “privados” y muestra los límites de la democracia propios de las sociedades del capitalismo tardío<sup>28</sup>.
6. La reflexión es contextual. Hablar de TRA cuando dos tercios de la población mundial vive en condiciones de precariedad, emerge a todas luces como contradicción. Sin embargo, desde el feminismo se resalta la importancia de escuchar y visibilizar las voces de las mujeres, en la medida que la reproducción biológica de la especie se materializa en el cuerpo de la mujer. El feminismo propone la teorización en primera persona desde nuestras propias experiencias y de las relaciones que establecemos. Es a las mujeres a las que compete una voz importante en el análisis de estos temas y, por otro lado, llamamos la atención acerca de que son las mujeres las principales ausentes en este debate. Por ejemplo, en estos últimos años se han discutido en la región los efectos de la anticoncepción de emergencia. En la mayoría de comisiones nacionales creadas, o en los debates en prensa, han estado presentes ministerios, organizaciones científicas, sociedades médicas, constitucionalistas y sólo en pocas ocasiones las organizaciones de mujeres. Aun con nuestra presencia, el debate y la argumentación se han

---

<sup>26</sup> La articulación feminista Marcosur impulsa desde el año 2002 la campaña CONTRA LOS FUNDAMENTALISMOS, LO FUNDAMENTAL ES LA GENTE. Ver: <http://www.mujeresdelsur.org.uy/>

<sup>27</sup> Ver el sentido de la fuga en la última nota.

<sup>28</sup> Ver una interesante crítica de la concepción de la esfera pública que sustenta las democracias liberales y que nos permite tender puentes entre el discurso y las prácticas institucionales en Fraser, Nancy, *Justicia Interrupta: reflexiones desde la posición "postsocialista"*, Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes, Facultad de Derecho, Santa Fe de Bogotá, 1977.



sobre-especializado para explicar hasta el cansancio la biología de la fecundación humana y repetir que la anticoncepción de emergencia no es abortiva. Este ejemplo es claro en dos sentidos: la exclusión de la opinión de las mujeres en estos debates públicos y que nuestra presencia no significa necesariamente una aproximación desde la propia experiencia, ya que podemos utilizar, en aras de la eficacia política, argumentación dónde la decisión y la libertad de las mujeres pasa a un segundo plano.

7. La ciencia no es neutra, ni tampoco quienes la hacen. Por lo tanto, desde una ética feminista, se busca aclarar los impactos diferenciados en acceso y control de los avances científicos desde las diferencias de raza, sexo, identidad, estado civil, orientación, clase, ubicación, etc. Se exige transparentar quiénes hacen ciencia, bajo qué financiamientos y cómo se establecen las prioridades. Estaría en juego la interpelación crítica a los sistemas científicos desde las realidades y experiencias concretas.
8. En consecuencia, nos interrogamos sobre cómo las nuevas formas que adquiere la reproducción pueden afectar a nuestra sociedad y particularmente a las mujeres. No se trata de diferenciar entre una forma "natural" de reproducción y otra "tecnológica" (como hace la iglesia católica al negar la tecnología anticonceptiva, o cuando se supone la superioridad de la maternidad o paternidad biológica); sino de ver, como señalan Patricia Digilio y Sandra Fodor "si las nuevas maneras de concebir y organizar la reproducción reflejan, refuerzan o recrean creencias, modelos o sistemas de valores a partir de los cuales ha sido posible mantener y legitimar condiciones de subordinación y opresión para las mujeres"<sup>29</sup>. Reproducción que incluye los procesos vinculados al embarazo, parto y puerperio, pero que se extiende a la crianza de los niños, las responsabilidades del Estado en generar entornos apropiados, la promoción de la adopción y el cuidado de los niños y las niñas en abandono o vulnerabilidad, la protección y respeto de los derechos reproductivos y los derechos sexuales, entre otros aspectos a menudo omitidos en la discusión sobre las TRA.
9. La ética feminista ayuda en el análisis de los problemas y nos involucra en la acción política para reducir y eliminar los sistemas que generan desigualdad y discriminación. Françoise Collin, en su ética de los límites<sup>30</sup>, afirma: "Creo que una ética del diálogo plural. Quizá, por otro lado, el diálogo pueda ser pensado como principio fundador a la vez de la ética y de lo político. Principio común que, sin embargo, no implica la confusión de ambos registros puesto que uno, el ético, asegura la regulación de las relaciones interindividuales mientras que el otro, el político, trata de asegurar la viabilidad de un mundo común".

Hay que advertir además que concurren aquí otros elementos. Como subraya también Collin, "las formas en las que hoy se practica el desposeimiento de la generación y más concretamente de la maternidad, resultan más constrictivas porque están ubicadas en

---

<sup>29</sup> Digilio, Patricia E. y Sandra Fodor, "Reproducción y Medicalización", artículo presentado en las *Primeras Jornadas Nacionales de Bioética y Derecho*, Buenos Aires, 22 y 23 de agosto de 2000, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Organizadas por la Cátedra UNESCO de Bioética (Universidad de Buenos Aires) y la Asociación de Abogados de Buenos Aires.

<sup>30</sup> Collin, Françoise, "Borderline: por una ética de los límites", en: Amoros, Celia (ed.) *Isegoria, Revista de Filosofía Moral y Política*, N° 6, *Feminismo y Ética*, noviembre de 1992.

espacios de poder que escapan a la conquista individual. La fecundación in-vitro, el cultivo de embriones, los bancos de esperma, la inseminación artificial, la separación entre maternidad y biología por la vía indirecta de madre ‘portadora’, mediando o no dinero, y las investigaciones sobre manipulaciones genéticas trastocan el concepto de generación; hacen de la reproducción una nueva zona de poder”<sup>31</sup>.

### III. LA BIOÉTICA MÉDICA

Como contrapunto, me gustaría mencionar cómo la bioética médica también ha experimentado importantes cambios en los últimos cien años. A diferencia de la ética médica<sup>32</sup> tradicional, influida por la religión judeo-cristiana con un carácter paternalista y autoritario que se sustentaba en el juramento hipocrático bajo los principios de “hacer el bien y no hacer daño”<sup>33</sup>, es a partir del Código de Nuremberg (1947)<sup>34</sup> que se introduce un paradigma ético sustancialmente diferente colocando la autonomía de la persona en la centralidad del acto médico, y se funda así una ética secular, democrática, liberal y plural en la doctrina y praxis médica. Posteriormente, la WMA (World Medical Association) en su 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, junio de 1968) publicó la “Declaración de Helsinki” con los principios éticos que debían regir las investigaciones con personas. Esta Declaración se revisa periódicamente y ha sido enmendada en las sucesivas asambleas de 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2002 para incluir los nuevos problemas que han surgido con el avance de la investigación. Existen otros códigos, como los del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (OMS y UNESCO), para estudios llevados a cabo en países en vías de desarrollo u otros específicos como los desarrollados por ONUSIDA para las investigaciones en vacunas para prevenir el VIH, o los desarrollados por la OMS para las investigaciones en violencia doméstica. Por su importancia en la influencia en el campo de la salud, más allá de la investigación, merece la pena mencionar el Informe Belmont (1979) de la Comisión Nacional de Estados Unidos para la protección de los seres humanos en las investigaciones biomédicas y de la conducta humana<sup>35</sup>.

Así, la medicina reconoce en la actualidad cuatro principios éticos con igual importancia: junto al principio de beneficencia, el principio de la no maleficencia, el principio de la autonomía de las personas y la necesidad de una distribución adecuada de los bienes en la sociedad y la reparación frente a los daños (principio de justicia). El problema es que a menudo el modelo de formación clínica de las facultades de medicina no se ha

---

<sup>31</sup> Collin, Françoise, “Tiempo natal”, en revista *Letra* N° 33, 1994. Citada en Digilio, Patricia E. y Sandra Fodor (ver nota 29).

<sup>32</sup> Gúezmes, Ana, “El consentimiento informado y el acto médico”, Ponencia presentada en el Curso de Auditoría Médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2000.

<sup>33</sup> Donde el médico decidía aisladamente (“autoridad de Esculapio”), en la mayoría de los casos, la actitud terapéutica adecuada para cada paciente (“todo para el enfermo, pero sin el enfermo”). Había, entonces, la errónea tendencia a pensar que un ser en estado de sufrimiento no era capaz de tomar una decisión libre y clara, por cuanto la enfermedad no sólo afectaba a su cuerpo, sino también a su alma. *Ibid.*

<sup>34</sup> Surge del juicio que después de la II Guerra Mundial se llevó a cabo en la ciudad de Nuremberg. En este juicio fueron condenados 17 médicos por la experimentación impuesta con personas de todas las edades en aras de una supuesta investigación científica. Ese Código se convierte en el primer tratado de ética para regular la investigación médica con seres humanos. El Código introduce la idea de que el “consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial”, así como establece el control que el sujeto debe mantener en todo momento sobre el proceso de investigación que se lleva a cabo en él.

<sup>35</sup> National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.



visto aún sacudido por este nuevo paradigma; por otro lado, la salud genera mercados y ganancias sin precedentes apoyados en el marketing y en la fascinación hacia la tecnología y hacia la propia ciencia médica. La oferta crea demanda y la salud es un bien que se comercia con criterios de rentabilidad no siempre respondiendo a las necesidades de la población. Estos aspectos de carácter ético y político no están ausentes de las luchas para hacer realidad el derecho a la salud en nuestros países.

#### IV. ALGUNOS PUNTOS PARA EL DEBATE

No he incluido en este acápite aspectos ampliamente discutidos desde el feminismo en los últimos años como el mandato reproductor sobre las mujeres<sup>36</sup>, la “política sexual” que rige los cuerpos y el disciplinamiento en el maternalismo de los cuerpos de las mujeres. Sin embargo, la discusión de estos temas es fundamental en nuestro contexto, ya que no podemos olvidar cómo en América Latina los discursos políticos y, en ocasiones, las propias leyes todavía tienden a adscribir a las mujeres el estatus ciudadano en tanto sujetos maternales y no por las razones de igualdad<sup>37</sup>. En este acápite planteo algunos temas que me parecen especialmente relevantes para ser discutidos en el ámbito de la Convención. Como señalamos en el trabajo *Las sexualidades y su potencial crítico para la construcción de las sociedades democráticas*<sup>38</sup>, la sexualidad tiene un enorme potencial crítico para el desarrollo de las sociedades y colectivos democráticos y de nuevos pactos sociales basados en la real transformación de las relaciones humanas, de las cuales la sexualidad hace parte fundamental. Al igual que me ocurre a mi, espero que lleguen con algunas certezas y nos despidamos llenas de preguntas y con ganas de fundar espacios de diálogo.

#### El diagnóstico genético

Un consorcio público científico internacional, liderado y financiado por instituciones de Estados Unidos y del Reino Unido, con participación de científicos y centros de investigación norteamericanos, europeos y japoneses, colaboraron en el programa Genoma Humano, iniciado en 1990<sup>39</sup>. Desde el año 2000, ya tenemos el mapa genético, unos 30.000 genes que en su conjunto, y según la estructura del ADN, definen lo que somos biológicamente. Manuel Castells advierte cómo este capital genético cuenta apenas con “300 genes más que los del ratón, poco más que los de la mosca, algo más que los del gusano y se supone que cuando identifiquemos el genoma de los monos estaremos pare-

<sup>36</sup> Un texto clásico que relaciona las TRA con el mandato reproductor y el control del cuerpo de las mujeres es Corea, Gena, *The mother machine: reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs*, Harper and Row, Nueva York, 1985. Este texto tendría una gran influencia en los debates feministas de la década de los 80.

<sup>37</sup> Andía, Bethsabé, Jorge Bracamonte, Ma. Jennie Dador y Ana Güezmes (coordinación), *Las sexualidades y su potencial crítico para la construcción de las sociedades democráticas*, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Centro Sex, Lima, 2004. Documento Inédito.

<sup>38</sup> *Ibíd.*

<sup>39</sup> Este Consorcio se enfrentó en una carrera contra el tiempo con la empresa privada estadounidense Celera Genomics que desarrolló en paralelo el proyecto buscando la explotación comercial de las bases de datos y el derecho de propiedad intelectual. A través de una entrevista con John Sulston, premio Nobel de Medicina de 2002 y coordinador del proyecto en el Centro Sanger de Cambridge, se encuentra una interesante reflexión sobre este proceso que culminó en enfrentamientos en los medios de comunicación a propósito de la condena a las patentes del genoma humano. Ver Halperín, Jorge, *El genoma y la división de clases*, Le Monde diplomatique, Editorial aún creemos en los sueños, Santiago de Chile, 2005.

jos. Por consiguiente, nuestra diferencia (y probablemente la de todas las especies) no está en los genes, sino en la interacción entre los genes, en la complejidad de las redes de intercambio. ¿Me adivinan? Hace un tiempo, Fritjof Capra, físico teórico y, en mi opinión, el teórico fundamental de la teoría de la complejidad, propuso la hipótesis de que (en mi traducción) la teoría genética actual era un camelo mecanicista. Los genes sólo funcionan cuándo y cómo se relacionan con otros. Como nosotros en el fondo. Son las redes entre genes que, mediante su interacción biológica en el tiempo, han ido generando la vida mediante propiedades emergentes de la materia. Una vez comprobado que nuestro almacén genético es comparativamente pobre, o bien nos reducimos a gusanos o aceptamos la idea de que nuestra naturaleza biológica (y no sólo nuestra sociedad) depende de nuestra interacción interna, social y con nuestro medio ambiente. Lo cual cambia la biología, y en buena medida, la ciencia en general: pasamos (o, si quieren, aceleramos la transición) de lo elemental a lo relacional. En concreto: cómo vivimos determina lo que somos”<sup>40</sup>.

Por tanto, tenemos que insistir en señalar que nuestra naturaleza biológica (y no sólo la arquitectura genética) depende de múltiples interacciones entre nuestros elementos biológicos, pero también entre ellos y nuestro medio social, así como con el medio ambiente.

Sin embargo, se legitima toda una oferta creciente acerca del diagnóstico prenatal genético. Los test prenatales se amplían año a año y consideran la ecografía, los análisis de sangre, incluido la alfafetoproteína, la amniocentesis. Cada vez estos exámenes se tornan en rutinarios para todas las mujeres. La premisa subyacente es que las mujeres pueden “decidir” interrumpir su embarazo cuando descubran anomalías fetales, o frente a enfermedades de carácter crónico, o frente a características que no se desean (como nacer mujer). Sin embargo, resulta cruel llamar a esto elección o autonomía reproductiva cuando es la única solución que se ofrece en una sociedad excluyente y discriminatoria. Desde luego las cuestiones de normalidad y enfermedad no están claras y mutan a lo largo de las sociedades y culturas y, por otro lado, la genética habla a menudo en términos de probabilidad. Desde el feminismo rechazamos una sociedad que frente al diagnóstico prenatal de una malformación congénita ofrece como únicas respuestas la compasión o la del aborto eugenésico y, en la mayoría de casos, de manera clandestina en América Latina<sup>41</sup>. El lenguaje con que se vende el diagnóstico prenatal –control y seguridad frente al embarazo–, se hace muy atractivo, pero a menudo se traduce en una sobrecarga de la responsabilidad reproductiva<sup>42</sup> sobre las mujeres y una menor preocupación desde las políticas públicas por los grupos que por diferentes razones son vulnerables. Foucault ya advertía sobre los dispositivos de saber y poder sobre la sexualidad y la reproducción desde el campo médico y anunciaba cómo “la medicina de las perversiones y los programas de eugenesia fueron en la tecnología del sexo las dos grandes innovaciones de la segunda mitad del siglo XIX”<sup>43</sup>.

---

<sup>40</sup> Castells, Manuel, “El genoma y la humanidad”, publicado en el diario español *El país* el 19 de febrero de 2001.

<sup>41</sup> Ver una importante aproximación a la consejería genética y el aborto selectivo por anomalía fetal en la presentación de Debora Diniz del artículo de Asch, Adrienne, *Diagnóstico pré-natal e aborto selectivo: Um desafio á prática e ás políticas*, Série Anis 29, LetrasLivres, Brasília, 1-18 de octubre de 2003.

<sup>42</sup> Ver Rothman, B.K., *The tentative pregnancy*, Viking Press, Nueva York, 1986.

<sup>43</sup> Foucault, Michel, *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México, 1991.

Por ello, me interesa resaltar cómo el mayor conocimiento debe ir acompañado por mayor responsabilidad por parte de la sociedad, por ejemplo obligando a los seguros públicos y privados a cubrir las enfermedades congénitas, y generando mayor investigación y respuesta institucional frente a los problemas que tienen factores genéticos en su origen.

Por otro lado, los debates sobre eugenesia no aparecen con las TRA pero sí cobran una especial relevancia. El aborto eugenésico (eugenesia pasiva), que es defendido como una de las causales para ampliar el derecho al aborto en la región, ha tenido poco espacio de debate entre las feministas que lo hemos asumido de manera acrítica. Posiblemente la discusión no deba centrarse en el tema del aborto o de la opción individual frente a un embarazo, pero me parece urgente explorar aquellas formas de discriminación persistentes en nuestra sociedad tales como decidir que unas vidas son más aceptables para los marcos sociales. Estas ideas discriminatorias pueden pasar a configurar una eugenesia activa en la medida que la genética nos permita seleccionar o influir sobre las características “adecuadas” que tengan los niños y las niñas<sup>44</sup>. Estos problemas y posiciones sobre la eugenesia ameritan ser resueltos en un marco integral sobre discriminación, y pienso que la Convención nos abre una excelente oportunidad en esta línea<sup>45</sup>.

La feminista brasileña Fátima Oliveira ejemplifica también la eugenesia racista a partir del estudio de la anemia falciforme –la enfermedad genética hereditaria más común en la población negra y la de mayor incidencia en la población brasilera–. La autora llama la atención sobre cómo está cambiando la reflexión sobre los discapacitados e individuos más vulnerables<sup>46</sup>. En esta línea, Gregor Wolbring<sup>47</sup>, especialista en bioquímica y bioética de la Universidad de Calgary, nos interpela al comparar la selección genética con la selección de sexo o el infanticidio de mujeres en India. “Allí, es más viable socialmente tener niños que tener niñas. Aquí, es mucho más aceptable socialmente tener un niño completamente sano que un niño discapacitado”. El problema en ambos casos, según Wolbring, son los prejuicios de la sociedad. “Si la selección de sexo es aberrante, entonces ¿por qué no ha de serlo la selección de discapacidad?”.

Cook y colaboradoras, ubican diferentes planos de análisis ético<sup>48</sup> y así justifican la demanda feminista para eliminar las leyes que penalizan el aborto (decisión que ubican en el plano microético y, por tanto, que corresponde a la mujer), distinguiéndola de la condena al aborto selectivo de mujeres (que ubican como decisión macroética porque refuerza la discriminación contra las mujeres y, de hecho, está condenada en los docu-

<sup>44</sup> La selección puede ir más allá y ser activa donde aspectos como el sexo, y otras características, puedan ser elegidos en el proceso de la reproducción asistida. De la selección de embriones se puede pasar a la manipulación del ADN para lograr algunos rasgos preferidos en el futuro niño o niña. Bajo esta idea, la reproducción no asistida puede relegarse en la medida que no permite escoger de manera activa estas características.

<sup>45</sup> Idea sugerida por la abogada Giulia Tamayo en correspondencia mantenida el 19 de enero de 2005.

<sup>46</sup> Oliveira, Fátima, “El Proyecto Genoma Humano, Secretos y mentiras”, artículo tomado de *Lola Press, Revista feminista Internacional* N° 14, noviembre 2000-abril 2001. Véase también el sitio web de la “Rede de Informação sobre Bioética: Bioética & teoria feminista e anti-racista”: <http://culturabrasil.art.br/RIB>

<sup>47</sup> Wolbring, Gregor, “Science and Technology and the Triple D (Diseases, Disability, Defect)”, en: Roco, M. C. y W.S. Bainbridge (eds.), *Converging Technologies for Improving Human Performance. Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science*, NSF/DOC-sponsored report, National Science Foundation, Arlington, 2002, en: <http://www.wtec.org/ConvergingTechnologies>. Sitio web consultado en mayo de 2005.

<sup>48</sup> Cook, Rebecca J., Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, PROFAMILIA, Bogotá, Colombia, 2003.

mentos internacionales de derechos humanos). Adrienne Asch –una de las primeras mujeres con discapacidad que escribe sobre bioética y, además, activista feminista– transita según Diniz<sup>49</sup> de una propuesta inicial para establecer límites morales al aborto eugenésico a una argumentación que promociona la dignidad de las personas con discapacidad y aboga por un paradigma social fundamentado en los derechos humanos y no en la interpretación biomédica de la discapacidad. Asch afirma: “Para que os teste e a seleção contra ou a favor da deficiência sejam consoantes com a melhoria de vida para os que inevitavelmente nascerão ou irão adquirir uma deficiência, nossos estabelecimentos clínicos e políticos haverão de comunicar que é tão aceitável viver com a deficiência como o é viver sem ela, em uma sociedade que dará suporte e apoio a qualquer pessoa, independentemente de suas características. Poderemos garantir aos futuros pais que eles e seus futuros filhos serão bem-vindos, tendo ou não tendo uma criança portadora de deficiência. Se essa for a mensagem profissional transmitida, mais futuros pais poderão visualizar suas vidas como recompensadoras, quaisquer que sejam as condições do filho que estejam criando. Se nossos profissionais perceberem a importância dessa comunicação e passarem a incorporar e apreciar os deficientes, a tecnologia pré-natal poderá ajudar as pessoas a tomarem decisões sem que esteja implícito que uma decisão específica seja a correta. Se a criança deficiente não for um problema para o mundo e se o mundo não for um problema para a criança, talvez possamos diminuir nosso desejo de realizar testes pré-natais e abortos seletivos e possamos dar suporte e boas vindas calorosas a todas as crianças, quaisquer que sejam suas características”<sup>50</sup>.

### **La medicina reparadora**

Uno de los campos de mayor interés es la denominada Medicina Reparadora, para curar o tratar enfermos. Algunos procesos patológicos –como la enfermedad de Parkinson, el Alzheimer, varios tipos de cáncer, la diabetes tipo I, e incluso el infarto de miocardio– pueden verse beneficiados de estos avances. Hasta ahora, el punto central de la controversia es el referido a la obtención de células madre. Básicamente, podemos distinguir entre las células madre procedentes de embriones (resultado de una fecundación in-vitro) y las células madre procedentes del adulto o del cordón umbilical. Parece ser que resulta más sencillo y barato reprogramar células embrionarias que células madre de adulto.

El debate se ha centrado principalmente en la utilización o no de las células madre; o sobre cuál debe ser su origen, así como qué hacer con los embriones sobrantes en las clínicas de fecundidad. A mi modo de ver, el punto central es cuestionar la idea de patologizar la vida humana y la vida social a medida que se descubren genes “asociados” a la violencia, a las enfermedades, etc.

La sobremedicalización que caracteriza la centralidad de la clínica frente a lo pato-

---

<sup>49</sup> Presentación de Debora Diniz al artículo de Asch, Adrienne, *Diagnóstico pré-natal e aborto selectivo: Un desafio à prática e às políticas*, serie Anis 29, LetrasLivres, Brasília, 1-18, octubre de 2003.

<sup>50</sup> Asch, Adrienne, *Diagnóstico pré-natal e aborto selectivo: Un desafio à prática e às políticas*, serie Anis 29, LetrasLivres, Brasília, 1-18, octubre de 2003, versión PDF 14. El artículo fue originalmente publicado en *American Journal of Public Health* 89, Nº 11, noviembre de 1999: 1649-57 y fue traducido por Debora Diniz y Marcele Castro. Ver en: [http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa29\(asch\)abortoseletivo.pdf](http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa29(asch)abortoseletivo.pdf)

lógico, el temor al contagio, y un paradigma sanitario que da más prioridad a la ausencia de enfermedades que al logro del bienestar colectivo y personal, nos puede conducir a reeditar un cuerpo fragmentado e hipocondríaco. De la misma manera que en los inicios del siglo XX se pensaba, con los avances de la microbiología, que se podría descubrir la “bala mágica” que pudiera acabar con las enfermedades de base infecciosa, de nuevo, en los inicios del siglo XXI, reeditamos la idea de que bajo los avances de la genética podremos reparar las enfermedades con factores genéticos en su base o incluso corregir estas anomalías. No dudo que la genética puede aportar principios terapéuticos asombrosos y mejorar tal vez la calidad de vida de las poblaciones en el futuro pero, siguiendo a Abby Lippmann, tal vez debemos reflexionar sobre lo que ella llama genetización para indicar la tendencia a clasificar como genéticas ciertas enfermedades multifactoriales<sup>51</sup>. La autora advierte cómo este proceso es político al otorgar poder a instituciones y personas para definir qué diferencias humanas se deben considerar como significativas o fuera de la “normalidad”.

Quiero señalar la contradicción de ofrecernos una medicina que supuestamente ayuda a las personas a conocer y manejar su material genético, mientras el sistema social produce y reproduce enfermedades y exclusión; posiblemente a nuestra lista de desigualdades le tengamos que añadir “por razones vinculadas a la genética”. Esto no es lejano si se analizan las “exclusiones” que en los seguros tienen las enfermedades congénitas y el creciente mercado económico vinculado a la salud. En ese sentido, podemos tener en el “riesgo genético” un elemento más para aumentar los costos de nuestra ya pobre salud.

### La respuesta a la infertilidad

En general, las TRA se justifican cada vez más como una forma de tratamiento médico para responder a la infertilidad. La infertilidad se define desde la medicina como la imposibilidad de concebir de uno o dos miembros de una pareja después de un año o más de tener relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos –las relaciones son así implícitamente heterosexuales, frecuentes en los periodos fértiles de la mujer, con coito pene-vagina y eyaculación masculina<sup>52</sup>–. A medida que la medicina interviene medicalizando los procesos reproductivos, la idea de infertilidad cambia y, de hecho, la idea que la identifica como enfermedad es más frecuente. Así, ha cambiado el umbral que en los manuales de medicina de los 60 se establecía en dos años, para establecerse en un año, ha incluido a las mujeres que se embarazan pero sufren abortos espontáneos y, a su vez, ha crecido en visibilidad frente a los cambios demográficos en nuestra sociedad. Un cambio positivo ha sido que frente a la idea y sanción en muchas culturas de la infertilidad como un fenómeno femenino, cada vez se reconoce más la infertilidad masculina. En cualquier caso, no podemos omitir la creciente medicalización de los procesos vinculados al embarazo, parto y puerperio y a la reproducción en general.

<sup>51</sup> Lippmann, Abby, “Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities” en *American Journal of Law and Medicine* 18 (1991), pp. 15-50.

<sup>52</sup> Hago esta anotación para resaltar cómo bajo la categoría “relaciones sexuales” se asumen una serie de prácticas, temporalidades y tipo de vínculos, que habitualmente no forman parte de las historias clínicas en las consultas vinculadas a la salud reproductiva.

Habitualmente, se suele obviar en el debate —y es un dato central— que la infertilidad muchas veces es una consecuencia de enfermedades de transmisión sexual, de complicaciones de uso de dispositivos intrauterinos anticonceptivos (DIU), de ciertas prácticas quirúrgicas, de abortos inseguros, del uso de medicamentos, y cada vez más de factores ambientales. Muchos de estos factores podrían ser abordados con adecuadas políticas preventivas y tratamientos oportunos frente a las ITR (infecciones del tracto reproductivo). Me gustaría señalar cómo las políticas que dicen “tratar” la infertilidad deberían centrarse prioritariamente en las causas y factores asociados. Esto involucraría mayores esfuerzos en la investigación, las terapias para las ITR, ETS, incluido VIH, la promoción del uso de condón masculino y femenino, el desarrollo de la investigación sobre microbicidas, y el estudio del impacto ambiental, especialmente de la contaminación física y química sobre la reproducción. Estos asuntos son temas de agenda feminista y de los grupos que trabajan para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA, pero no así encajan en las prioridades de investigación y de los ministerios de salud. Un aspecto fundamental es que estas prestaciones y planes de atención sean parte de los servicios públicos y de los seguros privados, lo que a menudo no ocurre en los países de América Latina y el Caribe.

En segundo lugar, me gustaría relevar cómo se ha acotado la respuesta a la infertilidad al tratamiento médico. No pretendo cuestionar el deseo y la libertad de las personas de optar por las TRA, pero sí ubicar la infertilidad como un problema social en la medida que la sociedad estigmatiza a las mujeres sin hijos (incluso a las que eligen no tenerlos), y tipifica la infertilidad como problema. Y es también nuestra organización estatal la que omite una respuesta social que facilite y legitime formas de paternidad y maternidad no centradas en el hecho biológico. Un indicador patente es la manera como nuestros Estados responden con impunidad frente al contrabando de recién nacidos, a la vez que imponen barreras y procedimientos largos y complejos a las personas que desean adoptar niños. Y es, por último, una sociedad que no asume los apoyos adecuados a la crianza y reproducción humanas, que son entendidos aún como una responsabilidad de las mujeres. Si a esto se añade que los procesos de reforma del Estado trasladaron aún más al ámbito doméstico con las mujeres al centro— aspectos como el cuidado de enfermos, discapacitados y niños, podemos comprender la centralidad de abordar estos aspectos en la definición de nuestras democracias.

En tercer lugar, me gustaría insistir en la idea de los derechos reproductivos dentro del campo de las libertades individuales. Bajo la idea de tratar la infertilidad “de pareja”, la medicina ha encontrado una manera de legitimar el modelo familiar heterosexual. De hecho, frente a una demanda creciente de mujeres no unidas y de parejas de lesbianas, se crean una serie de regulaciones que afectan principalmente al sector público para excluir discriminatoriamente a estas personas<sup>53</sup>. Si no hay ley explícita, es común que se evalúe a

---

<sup>53</sup> Este control no es nuevo. De manera similar, en la historia del acceso a anticonceptivos encontramos una serie de barreras, como la edad, la fecundidad (por ejemplo, para el acceso a DIU), el permiso de la pareja (típicamente del varón para que la mujer acceda a anticonceptivos de carácter permanente, pero no viceversa), la unión civil, etc. Estos requisitos finalmente tienen impactos discriminatorios al establecer qué personas (parejas) se pueden someter a estas tecnologías, y quiénes quedan fuera. Al aplicarse en el sector público, en la medida que el sector privado se rige principalmente por la lógica del mercado, suelen ser las personas con menores recursos económicos las más afectadas. En general, la tendencia es a remover todo tipo de barreras “morales” en el acceso a las tecnologías conceptivas y contraceptivas.



las potenciales madres, lo que permite la discriminación aun en aquellos lugares donde a las lesbianas o mujeres solas no se las excluye automáticamente del acceso a las TRA<sup>54</sup>.

### Las patentes y el comercio genético<sup>55</sup>

A pesar de que la riqueza biológica utilizada procede de regiones del Sur, que albergan un 90 por ciento de los recursos genéticos del mundo, prácticamente la totalidad de los titulares de patentes farmacéuticas son empresas y un cada vez más reducido número de universidades e instituciones públicas de investigación del Norte. Las cinco compañías biotecnológicas mayores del mundo, situadas en Europa y en Estados Unidos, controlan más del 95 por ciento de las patentes biológicas<sup>56</sup>. Y aunque la industria farmacéutica es enormemente rentable, y se beneficia de ayudas públicas directas e indirectas, el afán de hacerse con el monopolio de los recursos básicos para futuras aplicaciones de la biotecnología en el campo de la salud está llevando a una verdadera carrera por patentar genes, extractos, y material biológico, tanto vegetal como humano.

Desde el inicio del proyecto sobre genoma humano, investigadores genéticos como John Sulston y Giordina Ferry<sup>57</sup> –en su libro *El hilo común de la humanidad*–, diferencian la idea esencial de descubrimiento con respecto a la de invención, y sostienen que ninguna parte del cuerpo humano puede ser patentada. En esta línea, la Organización del Genoma Humano (HUGO), declaró en su primer gran congreso internacional, celebrado en Heidelberg en marzo de 1996, que los conocimientos genéticos son patrimonio de la humanidad y deben comunicarse libremente. Sin embargo, estas posiciones se flexibilizan frente a la presión de las multinacionales y de una opinión pública que desconoce a menudo las implicancias del tema. El total de patentes sobre genes aprobadas o pendientes de tramitación ascienden ya a más de 500.000. Hay ya más de 160.000 solicitudes de patentes sobre genes o secuencias genéticas humanas<sup>58</sup>.

En general, las disposiciones sobre propiedad intelectual –como las incluidas en el Tratado de Libre Comercio que Estados Unidos negocia con los países andinos– son una amenaza para la salud y el acceso a medicamentos esenciales de la población, en especial de aquella más pobre y excluida. Además, en la declaración de Doha en 2001, los países miembros de la Organización Mundial de Comercio (incluido Estados Unidos), acordaron que la salud pública debe estar por encima de los intereses comerciales. Creo,

<sup>54</sup> Un amplio informe sobre esta situación legal se encuentra en Minot, Leslie Ann, *Concebir la mater/paternidad: ser madres, ser padres, y los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, sus hijas e hijos*, Informe de la Comisión Internacional de los Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC), San Francisco, Estados Unidos, 2000, en: [http://www.iglhrc.org/files/spanish/informes/es\\_paternidad.pdf](http://www.iglhrc.org/files/spanish/informes/es_paternidad.pdf)

<sup>55</sup> García Miranda, Carmen María, "Problemas éticos y jurídicos de las patentes de seres vivos", en *Cuadernos de Bioética*, N° 32, 1997.

<sup>56</sup> Organización de las Naciones Unidas, *Human Development Report 1999*, Capítulo 2, «New Technologies and the global race for knowledge», 1999. Disponible en: [http://hdr.undp.org/reports/global/1999/en/pdf/hdr\\_1999\\_ch2.pdf](http://hdr.undp.org/reports/global/1999/en/pdf/hdr_1999_ch2.pdf)

<sup>57</sup> Halperín, Jorge, *El genoma y la división de clases*, Le Monde diplomatique, Editorial aún creemos en los sueños, Santiago de Chile, 2005.

<sup>58</sup> Bermejo, Isabel, "Patentes biotecnológicas. La OMC al servicio de las transnacionales", Boletín Solidaridad.net, 2003, <http://usuarios.lycos.es/milenioazul/art0010.htm>

entonces, que la discusión y propuesta sobre patentes es clave en la propuesta de una economía global no opresiva y en el marco de derechos humanos que se propone desde la Convención<sup>59</sup>.

Adicionalmente al tema de las patentes, el mercado en torno a la genética está en expansión. Incluso la más inocua de las TRA, la inseminación artificial, puede tener otras miradas. En el artículo "La expansión de los genes vikingos" publicado en *El País* (5 de octubre de 2004), se cuenta cómo la empresa danesa Cryos comercializa sus bancos de esperma por todo el mundo estimulando una compra con características racistas. El artículo señala como, en Dinamarca, los bancos de esperma se han convertido en un sector neurálgico por varias razones: a) las leyes protegen el anonimato, b) en un contexto laico, no se le da valor moral a la donación de esperma y c) tienen elevada tasa de éxito. Las leyes han originado precisamente escasez de donantes en algunos países y creado un mercado de turistas de fertilidad en Dinamarca. La mayoría de los donantes son hombres en edad universitaria que venden su esperma para sacar algo de dinero extra, en general unos 32 euros en Dinamarca y hasta 400 euros en Estados Unidos. Para captar la demanda de lesbianas y mujeres solas, trabajan con franquicias, en la medida que Dinamarca, a pesar de su permisividad sexual, tiene una ley que prohíbe a las mujeres no unidas acceder a esta técnica.

Este es sólo un ejemplo para señalar que necesitamos relacionar más intensamente lo que ocurre en el campo de la tecnología, incluido el análisis de las prioridades de la investigación con las leyes del mercado y la globalización de las economías. Las entradas no cabe duda que son múltiples, pero dada la expansión de la industria farmacéutica sugiero que los conflictos en torno a la propiedad intelectual y el comercio genético son un terreno de disputa fundamental dónde el feminismo puede encontrar alianzas con otros movimientos regionales.

## V. ESTRATEGIAS PARA LA CONVENCION

Por último, quisiera plantear algunos hilos comunes finales para enmarcar el debate sobre TRA en la propia Convención, aunque muchas ideas ya han sido planteadas a lo largo de este ensayo.

### •Promoción y defensa del Estado laico

El debate de la ingeniería genética ha producido extrañas alianzas. El crítico social Jeremy Rifkin señala que "Los conservadores sociales creen (que la ingeniería genética) es jugar a ser Dios y por lo tanto no es ético, mientras que los activistas anti-biotécnica (a la izquierda) ven esto como el primer paso hacia un nuevo mundo dividido por castas bioló-

---

<sup>59</sup> Para comprender la relación entre las patentes y la salud en el contexto del Tratado de Libre Comercio, ver López, Linares, *La salud pública en riesgo, los medicamentos en el TLC*, Acción Internacional para la Salud, Foro de la Sociedad Civil en Salud, Observatorio del Derecho a la Salud-CIES, OXFAM Internacional, Lima, 2005. Este trabajo se puede además descargar en el sitio web del Consorcio de Investigación Económica y Social en: <http://www.consorcio.org/Observatorio/index.asp>



gicas. [...] Ambos se oponen a la emergencia de una civilización eugénica comercial". Otros sugieren que el nuevo plano político se divide de manera diferente, entre liberales y comunitarios. "Ya sean de Izquierda o Derecha, los primeros apoyarán el derecho individual a optar por cualquier intervención en el cuerpo propio o en su descendencia, y los últimos a apreciar el derecho público y la igualdad social y rechazarán aquellas intervenciones, incluidas la ingeniería genética, que las pongan el peligro"<sup>60</sup>.

En cualquier caso, las alianzas pueden ser múltiples en el espacio de la Convención y, de hecho, creo que de eso se trata. Pero es importante –cualquiera sea la motivación de las diversas posiciones políticas, incluida la religiosa– que el debate debe tener carácter secular y esto pasa ineludiblemente por la defensa de la secularización en nuestras sociedades y la promoción de la laicidad en el Estado.

Hablar de un Estado laico, la protección de los derechos humanos y la sexualidad es abordar legítimamente un debate crítico sobre la ciudadanía. Se trata de cuestionar que la sexualidad sea asumida por especialistas o instituciones que pretenden normar la vida de las personas desde una visión particular e influyen en los poderes públicos desconociendo sistemáticamente el marco de los derechos y libertades fundamentales.

#### •La necesidad de consensos básicos

La Convención se convierte en un punto de partida y de llegada para construir consensos básicos que se expresen en regulaciones democráticas y seculares. Los progresos de la ciencia médica se han encontrado, como ya se ha señalado en el acápite sobre bioética médica, con un avance a lo largo del siglo XX de una ética de carácter secular y plural, orientada por el bienestar de las personas por encima de los adelantos de la ciencia. Un documento muy importante como antecedente fue la Declaración de Asilomar (1975), donde por primera vez los científicos pusieron barreras a la investigación desde la defensa de la bioseguridad individual y colectiva. La Declaración sobre los Principios de Actuación en la Investigación Genética se publicó en 1996 por el Consejo de la Organización del Genoma Humano (HUGO). La 29 Asamblea General de la UNESCO aprobó, el 11 de noviembre de 1997, dicha Declaración como instrumento jurídico para la protección del genoma humano, declarándolo común a la humanidad. La hizo suya la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de diciembre de 1998. Posteriormente, tenemos las "Orientaciones para la aplicación de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos" del 16 de noviembre de 1999 en la Resolución 30 C/23. El documento aprobado consta de siete capítulos titulados: *La dignidad humana y el genoma humano*, *El derecho de las personas interesadas*, *Investigaciones sobre el genoma humano*, *Condiciones de ejercicio de la actividad científica*, *Solidaridad y cooperación internacional*, *Fomento de los principios de la Declaración* y *Aplicación de la Declaración*.

En el marco europeo, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina –

<sup>60</sup> Un artículo estimulante por su alusión al activismo feminista es Levine, Judith, "La Modificación Genética Humana Significa Para La Mujer y El Rol de la Mujer Norteamericana", 2002, artículo traducido por Rosario Isasi, y disponible en: [http://www.genetics-and-society.org/espanol/2000207\\_worldwatch\\_levine.html](http://www.genetics-and-society.org/espanol/2000207_worldwatch_levine.html). Sitio web visitado en mayo de 2005.

o Convenio de Oviedo– fue aprobado en 1996. Reafirma la primacía del ser humano, establece un carácter restrictivo a las intervenciones sobre el genoma humano al señalar en el artículo 13 que “únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia” y en el artículo 14 cuando sostiene que “no se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada al sexo”. Una gran importancia tiene la prohibición de lucro contenida en el artículo 21: “El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro”; si bien no puede considerarse en sí misma un impedimento expreso a la posibilidad de permitir las patentes en ciertos casos. Posteriormente a este Convenio se le han añadido dos protocolos adicionales, uno de los cuales hace explícita la prohibición de clonar seres humanos. En concreto, el Parlamento Europeo a pesar de las enormes diferencias entre los Estados miembros ha establecido consenso sobre lo que se considera como intolerable.

La legislación y las regulaciones relativas a las tecnologías reproductivas varían, sin embargo podemos hablar de tres tendencias generales: a) aquellos países que tienen marcos de regulación como en el marco europeo, b) países que optan por una política de no regulación, donde los problemas se resuelven mediante la jurisprudencia y no a través de legislación preexistente y c) países que no consideran que las TRA sean un problema de la política y, por lo tanto, presentan un alto (y hasta absoluto) grado de desregulación. Esta es la característica fundamental en nuestra región. Por tanto, América Latina, continente rico en biodiversidad y claramente desregulado, puede convertirse en un “paraíso genético” al darse esta combinación.

Desde el feminismo latinoamericano, existe un referente nacional importante en la Plataforma Política Feminista aprobada en la Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, en Brasilia el 6 y 7 de junio de 2002. Allí se señaló, en el párrafo 249, que “As novas tecnologias reprodutivas têm seu acesso restrito a quem possa pagar por elas. Não são regulamentadas em lei, o que favorece a criação de um verdadeiro mercado, sem controle e acompanhamento, e o uso de muitas mulheres e homens como cobaias de pesquisas. Além disso, as possibilidades abertas pela ciência acabam por restringir essas novas alternativas de reprodução a casais heterossexuais, não alcançando as novas formas de família, de alguma maneira já reconhecidas pela Justiça. As novas tecnologias reprodutivas ainda contêm processos inseguros e experimentais; logo, a biossegurança delas precisa ser garantida para o seu pleno exercício”<sup>61</sup>; y en el párrafo 250: “Posicionamo-nos contrariamente à clonagem reprodutiva humana”.

Pienso que es interesante seguir una línea para llegar a consensos básicos en regulación, como ha hecho el movimiento feminista en Brasil, poniendo énfasis en la seguridad y en la justicia social. La posición puede partir contra la clonación reproductiva, las patentes sobre los genes, la selección del sexo, la protección de anonimato de los donantes, etc. Por otro lado, tenemos que insistir en luchar contra leyes que pueden ser discrimi-

---

<sup>61</sup> La plataforma se puede descargar completa en el sitio web de la Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de Brasil, en: <http://www.redesaude.org.br/html/cnmb-plat-final.html>. En la misma se puede encontrar el dossier *Reprodução Humana Asistida*, publicado en setiembre de 2003 y que constituye un valioso esfuerzo desde el movimiento feminista para sistematizar la información disponible.

natorias, como por ejemplo las barreras legales impuestas a las mujeres solas para acceder a estas tecnologías. Un marco claro antidiscriminación donde todas las personas, no importa cuales sean sus características biológicas, sociales o culturales gocen de los mismos derechos y tengan respuesta a sus necesidades es vital para enfrentar el paradigma de belleza y de salud que se propone desde el marco neoliberal.

A la vez tenemos que seguir discutiendo los problemas vinculados a la reproducción, el sentido de la familia y la filiación, los aspectos vinculados a la adopción, la patologización de la infertilidad, etc.

### *Discusión pública sobre TRA, rendición de cuentas y transparencia y acceso a la información*

A la luz de lo señalado, se hace urgente una discusión pública sobre estos temas, a los que posiblemente se añadirán más a medida que se amplifiquen los debates y participen más movimientos y personas. Además, permiten reflexionar sobre aspectos críticos de los derechos en el campo de la sexualidad y la reproducción y re-examinar las nuevas aplicaciones de los derechos humanos, tradicionalmente pensados para establecer obligaciones del Estado, de forma tal que se puedan establecer límites al poder de los gestores privados.

Desde luego, el debate debe ser paralelo al de la inequidad e injusticia sociales y colocar la sobrecarga económica y simbólica para las mujeres del mandato de la maternidad y el estigma de la infertilidad.

En este sentido necesitamos transparentar la información sobre la infertilidad y sus causas, las tasas de éxito y de seguridad de estas tecnologías, los costos para las personas y los beneficios de estos nuevos mercados, la magnitud del material genético circulante, etc. Se requiere, asimismo, la auditoría y acreditación de los servicios con el fin de garantizar que tienen la calidad adecuada y se lleven los registros necesarios. La transparencia, la información pública y la regulación básica estatal cobran en esta materia gran importancia.

### *Hablar de las propias experiencias. La autoconciencia*

Hablar de las propias experiencias, escuchar las historias de otras y otros, y buscar pautas generales que no cancelen las experiencias individuales es un paso para crear una propuesta sobre la reproducción y la sexualidad en primera persona. Es necesario considerar que cada mujer, cada hombre, cada pareja que busca una TRA, es un caso especial que nos plantea nuevos problemas éticos. Fanny Blank-Cereijido ve como un desafío escucharlos en el discurso particular de cada persona y "nuestra dificultad puede residir en plantearnos sin prejuicios cada caso individual, frente a nuestras creencias o posturas"<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Blank-Cereijido, Fanny, "Psicoanálisis y nuevas técnicas reproductivas", en: *Debate feminista* Nº 19, Ley, cuerpo y sujeto, México, D. F., 1999.

## *Justicia en el acceso a tecnología*

Si consideramos el derecho al avance científico, y el acceso a las TRA como parte de las prestaciones para hacer realidad los derechos reproductivos, debería asegurarse el acceso progresivamente a toda la población. Esta inclusión tendría dos ventajas: por un lado, se evitaría que las personas de mayor poder económico fuesen las únicas que se benefician de estas técnicas y, por otro, se limitaría el lucro y el comercio genético. En otro sentido, debemos luchar contra las exclusiones de las enfermedades genéticas en los planes de salud, lo que ayudaría a limitar la expansión de las ideas eugenésicas. Sin embargo, como salubrista, no puedo dejar de pensar en los limitados recursos de nuestras sanidades públicas, ¿la tecnología de mayor complejidad, con alto costo, debe ser subsidiada?

La verdad es que no tengo respuesta a esta pregunta. Vivo en un país donde apenas destinamos el 4,5 por ciento del PBI a la salud, mientras que el promedio latinoamericano es del 7,67 por ciento; donde tenemos a 67 niños en la actualidad con posibles donantes de riñón pero sin poder acceder al trasplante por falta de recursos económicos, y porque esta prestación no es parte del sistema público; y donde los apoyos a la crianza de los hijos como guarderías, facilidades laborales para madres adolescentes, y permisos de maternidad son casi nulos. En fin, es posible que al igual que en el Perú, en la mayoría de nuestros países encontremos que el tener un problema de salud, o una discapacidad es una catástrofe personal y familiar que tiene muy limitadas respuestas públicas. Entonces pienso, junto al Forosalud en Perú, que la definición de los planes de salud que establezcan las prioridades de partida, las metas de progresividad, y la orientación a la inclusión y a la equidad es una tarea que nos corresponde como sociedad a través de un pacto social<sup>63</sup>.

Las opciones son diversas y van desde países que no financian ninguna forma de TRA hasta aquellos que las financian por completo. Como opciones intermedias están los que subsidian las tecnologías de baja complejidad, como la inseminación artificial, o aquellos que se limitan a subsidiar a las personas que nunca han tenido hijos, o comprenden exclusiones de edad o de situación civil. De nuevo, insisto que junto a remover barreras que generan discriminación como en los últimos ejemplos, la inclusión de estas tecnologías debe hacer parte del debate sobre los sistemas de protección social en nuestros países, que incluyen la responsabilidad social y estatal sobre todos los procesos reproductivos. Las políticas implican el difícil dilema de establecer prioridades y en este debate debe estar presente la sociedad y, sobre todo, las mujeres y sus organizaciones.

No puedo dejar tampoco de señalar la doble moral de una sociedad en la que se paga mucho dinero por una criatura que no existe mientras dejamos morir millones que ya existen; o una concepción de la salud que quiere hacer más sanas a las personas que ya lo son mientras que no cura a las personas enfermas. Esta no es una propuesta para detener el avance científico, pero sí un intento de integrar la visión de las TRA con las circunstancias en que se originan.

---

<sup>63</sup> Forosalud es un movimiento social originado en 2002 para promover el derecho a la salud. Ver la propuesta en Forosalud, *Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud*, Forosalud, Observatorio del Derecho a la Salud, CIES, Lima, 2005. El texto se puede descargar en [www.consortio.org](http://www.consortio.org)

El feminismo surge desde los márgenes y como feminista de un país “periférico”, es decir desde un doble margen, no podemos dejar estos temas fuera de nuestro debate. Por ello, me reafirmo en un feminismo que critica todas las formas de discriminación y exclusión y, por lo tanto, busca una visión equitativa del mundo, económica, étnica, así como sexualmente. Alejándose de las teorías de los sistemas duales o de las jerarquizaciones propias de los debates marxistas de los 70, Donna Haraway ha acudido a las imágenes planas del circuito integrado y la informática de la dominación para cartografiar de un modo sugerente la reordenación de las conexiones entre los hogares, las sexualidades, los empleos, las modalidades de gobierno, las manifestaciones culturales o las prácticas médicas y tecnocientíficas. Si es cierto, como sostiene Haraway, que “la única manera de encontrar una visión más amplia es estar en algún sitio en particular”, construyamos esos sitios, transitémoslos y sigamos conversando<sup>64</sup>.

## Referencias bibliográficas

- ANDÍA, Bethsabé, Jorge Bracamonte, Ma. Jennie Dador y Ana Gúezmes (coordinación), *Las sexualidades y su potencial crítico para la construcción de las sociedades democráticas*, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Centro Sex, Lima, 2004. Documento Inédito.
- ASCH, Adrienne, *Diagnóstico pré-natal e aborto selectivo: Un desafio à prática e às políticas*, serie Anis 29, LetrasLivres, Brasília, 1-18, octubre de 2003. Publicado originalmente en 1999. Traducido por Débora Diniz y Marcele Castro, ver en: [http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa29\(asch\)abortoseletivo.pdf](http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa29(asch)abortoseletivo.pdf)
- ASSEMBLEA DE DONES D'ELX (Anuario 1994), *Mujeres y reproducción asistida*, en: <http://www.nodo50.org/doneselx/donesirepcast.htm>.
- BERMEJO, Isabel, “Patentes biotecnológicas. La OMC al servicio de las transnacionales”, en: Boletín Solidaridad.net, 2003; disponible en: <http://usuarios.lycos.es/milenioazul/art0010.htm>
- BLANK-CEREJIDO, Fanny, “Psicoanálisis y nuevas técnicas reproductivas”, en: *Debate feminista* N° 19, *Ley, cuerpo y sujeto*, México, D. F., 1999.
- CASTELLS, Manuel, “El genoma y la humanidad”, publicado en el diario español *El país* el 19 de febrero de 2001.
- COLLIN, Françoise, “Borderline: por una ética de los límites”, en: AMOROS, Celia (ed.), *Isegoria, Revista de Filosofía Moral y Política*, N° 6, *Feminismo y Ética*, noviembre de 1992.
- COOK, Rebecca J., Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, PROFAMILIA, Bogotá, Colombia, 2003.
- COREA, Gena, *The mother machine: reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs*, Harper and Row, Nueva York, 1985.

---

<sup>64</sup> Haraway, Donna, *Ciencia, cyborg y mujeres, la reinención de la naturaleza*, Cátedra Feminismos, Barcelona, 1991. Idea de Cristina Vega en *Tránsitos feministas*, <http://www.e-leusis.net/ficheros/texto/Tr%20El%20sitio%20feministas.pdf> (Sitio web visitado en octubre de 2004). Aprovecho para hacer un último guiño a las mujeres que me han acompañado hasta aquí para recomendarles una lectura estimulante de este artículo que es la historia y fuga de muchas de nosotras; y tal vez aporte en este enredo de la Convención o, al menos, resuelva el interrogante sobre el uso de **fuga** en el título de este ensayo.

CORREA, Sonia y Rosalind Petchesky, "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective", en: SEN, G., A. Germain y L.C. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1994.

DIGILIO, Patricia E. y Sandra Fodor, "Reproducción y Medicalización", artículo presentado en las *Primeras Jornadas Nacionales de Bioética y Derecho*, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 22 y 23 de agosto de 2000.

DINIZ, Debora, Presentación al artículo de ASCH, Adrienne, *Diagnóstico pré-natal e aborto selectivo: Un desafío à prática e às políticas*, serie Anis 29, LetrasLivres, Brasilia, 1-18, octubre de 2003.

FERRANDO, Delicia, *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras*, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder Internacional, Lima, 2002.

FOROSALUD, *Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud*, Forosalud, Observatorio del Derecho a la Salud, CIES, Lima, 2005.

FOUCAULT, Michel, *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México, 1991.

FRASER, Nancy, *Iusticia Interrupta: reflexiones desde la posición "postsocialista"*, Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes, Facultad de Derecho, Santa Fe de Bogotá, 1977.

GARCÍA MIRANDA, Carmen María, "Problemas éticos y jurídicos de las patentes de seres vivos", en *Cuadernos de Bioética*, N° 32, 1997.

GÜEZMES, Ana, *Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos*, Organización Panamericana de la Salud/ PALTEX, Washington, D.C, 2004.

————— "Estado laico, sociedad laica. Un debate pendiente", en *SeriAs para el Debate* N° 1, Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, Lima, 2003.

————— "El tiempo de los derechos sexuales: posibilidades y búsquedas", en: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, *Derechos sexuales. Derechos reproductivos. Derechos humanos*, CLADEM, Lima, 2002.

————— "El consentimiento informado y el acto médico", Ponencia presentada en el Curso de Auditoría Médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2000.

HALPERÍN, Jorge, *El genoma y la división de clases*, Le Monde diplomatique, Editorial aún creemos en los sueños, Santiago de Chile, 2005.

HARAWAY, Donna, *Ciencia, cyborg y mujeres, la reinención de la naturaleza*, Cátedra Feminismos, Barcelona, 1991.

LEVINE, Judith, "La Modificación Genética Humana Significa Para La Mujer y El Rol de la Mujer Norteamericana", 2002, artículo traducido por Rosario Isasi, y disponible en:

[http://www.genetics-and-society.org/espanol/2000207\\_worldwatch\\_levine.html](http://www.genetics-and-society.org/espanol/2000207_worldwatch_levine.html). Sitio web visitado en mayo de 2005.

LIPPMANN, Abby, "Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities" en *American Journal of Law and Medicine* 18 (1991), pp. 15-50.

LÓPEZ, Linares, *La salud pública en riesgo, los medicamentos en el TLC*, Acción Internacional para la Salud, Foro de la Sociedad Civil en Salud, Observatorio del Derecho a la Salud-CIES, OXFAM Internacional, Lima, 2005.

MAFIA, Diana, "Ciudadanía sexual. Aspectos legales y políticos de los derechos reproductivos como derechos humanos", en: *Feminaria*, año XVI, N° 26/27-28, Buenos Aires, 2000.

MARSICO, Gaia, *Bioética: voces de mujeres*, Narcea S.A Ediciones, España, 2003.

MINOT, Leslie Ann, *Concebir la mater/paternidad: ser madres, ser padres, y los derechos de las personas*

lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, sus hijas e hijos, Informe de la Comisión Internacional de los Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC), San Francisco, Estados Unidos, 2000, en:

[http://www.iglhrc.org/files/spanish/informes/es\\_paternidad.pdf](http://www.iglhrc.org/files/spanish/informes/es_paternidad.pdf)

OLIVEIRA, Fátima, "El Proyecto Genoma Humano, Secretos y Mentiras", en *Lola Press, Revista feminista Internacional* N° 14, noviembre 2000-abril 2001.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Human Development Report 1999*, Capítulo 2, "New Technologies and the global race for knowledge", 1999. Disponible en: [http://hdr.undp.org/reports/global/1999/en/pdf/hdr\\_1999\\_ch2.pdf](http://hdr.undp.org/reports/global/1999/en/pdf/hdr_1999_ch2.pdf)

POTTER, V.R., *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall Pub, Englewood Cliffs, NJ, 1971.

REDE DE INFORMAÇÃO SOBRE BIOÉTICA: BIOÉTICA & TEORIA FEMINISTA E ANTI-RACISTA, sitio web en: <http://culturabrasil.art.br/RIB>

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS DE BRASIL, *Dossiê Reprodução Humana Assistida*, 2003, en:

<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossierreproducaoassistida.html>

ROTHMAN, B.K., *The tentative pregnancy*, Viking Press, Nueva York, 1986.

THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La guía definitiva para la salud de la mujer latina*, Seven Stories Press, Nueva York, 2000.

WOLBRING, Gregor, "Science and Technology and the Triple D (Diseases, Disability, Defect)", en: ROCO, M. C. y W.S. Bainbridge (eds.), *Converging Technologies for Improving Human Performance. Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science*, NSF/DOC-sponsored report, National Science Foundation, Arlington, 2002, en: <http://www.wtec.org/ConvergingTechnologies>, consultada en mayo de 2005.



# **El punto ciego en la mira de los derechos reproductivos**

**Cristina Palomar**



Cristina Palomar. México. Psicoanalista y Doctora en Ciencias Sociales, profesora, investigadora y directora del Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara.

## El punto ciego en la mira de los derechos reproductivos

“Aquí yace la experiencia de la acción humana y, porque sabemos reconocer mejor que quienes nos precedieron la naturaleza del deseo que está en el núcleo de esta experiencia, una revisión ética es posible, un juicio ético es posible, que representa esta pregunta con su valor de Juicio Final –¿Ha usted actuado en conformidad con el deseo que lo habita?”.  
J. Lacan (1969).

Mirar las nuevas tecnologías reproductivas desde una ética feminista, implica llamar la atención sobre un elemento que suele omitirse, de diversas maneras y a distintos niveles, cuando se habla del tema de la reproducción y de los derechos reproductivos, y que, finalmente, es el elemento que permitiría hablar de una ética. Este elemento es la dimensión del deseo: ¿qué papel juega el deseo en el tema de los derechos reproductivos? ¿qué pasa con éste cuando se habla de nuevas tecnologías reproductivas? ¿cómo hablar de deseo, más allá del plano subjetivo, para pensar en el plano estructural de las sociedades? ¿es, el deseo, un factor que juega a favor o en contra de las políticas poblacionales y de los derechos reproductivos? ¿es útil, finalmente, incluir el tema del deseo en el debate sobre derechos reproductivos?

### I. La construcción de los derechos reproductivos.

La serie de principios éticos relacionados con el derecho a la autodeterminación reproductiva y el derecho a la atención de la salud reproductiva es lo que se denomina actualmente los derechos reproductivos, que se desprenden de los derechos humanos más básicos. En el documento surgido en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, se definen estos dichos derechos de la siguiente manera:

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos 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 el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia...”<sup>1</sup>.

Además del mencionado documento, las agencias internacionales interesadas en promover los derechos humanos y, particularmente, los derechos reproductivos, han realizado diversos avances en su formulación y en la generación de mecanismos que com-

---

<sup>1</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Párrafo 7.3.

prometan a la mayor cantidad de gobiernos en el mundo en su observación y aplicación. Entre éstos están los documentos producidos en las principales conferencias internacionales sobre el tema de población y desarrollo, así como sobre las mujeres<sup>2</sup>. México ha firmado las declaraciones y plataformas de acción de todas ellas y, por lo tanto, ha adquirido compromisos internacionales que deben ser el fundamento de sus acciones en la materia de manera complementaria a la legislación nacional<sup>3</sup>.

En México, los derechos reproductivos están incluidos en el Artículo 4º de la Constitución Mexicana con la siguiente formulación:

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.

Con esta afirmación se declara como garantía individual la decisión de mujeres y hombres respecto a cuántos hijos e hijas tener y cuándo tenerlos; así como el hecho de que, sea cual fuere su decisión, el Estado proteja su salud y bienestar en todos los aspectos ligados a la procreación.

Existen otros instrumentos normativos relacionados con los derechos reproductivos que se desprenden de la Constitución, que deben guardar con ésta una relación de congruencia y que afectan a toda la República Mexicana. Tales son: la Ley General de Salud y la Ley General de Población, que determinan la normatividad general en materia de salud reproductiva y la planificación familiar, si bien que de diferente manera y en distintos niveles.

La Ley General de Salud pone el acento en el derecho a la salud. En su artículo 67 determina el carácter prioritario de la planificación familiar como parte de los servicios de salud y establece que dichos servicios deben incluir la difusión de información y orientación educativa, el acceso a información anticonceptiva y las sanciones por practicar esterilización sin el consentimiento de los y las pacientes. Además, el artículo 68 especifica otras actividades comprendidas por los servicios de planificación familiar.

Por otro lado tenemos la Ley General de Población, cuyo interés primordial es la regulación que afecta a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, de donde se deriva la atención a los derechos reproductivos de la mujer. El Reglamento de la Ley General de Población, por su parte, norma la aplicación de las políticas de población, ocupándose particularmente de los derechos reproductivos en su Sección II “Planificación familiar”. El espíritu de esta normatividad tiene su base en el interés del Estado por regular el volumen de la población nacional, sobre el supuesto de que la salud es básica para el desarrollo.

El artículo 14 del mencionado Reglamento señala el derecho de toda persona a obtener información general e individualizada sobre los objetivos, métodos y consecuencias de los programas de planificación familiar, con la finalidad de que los individuos

---

<sup>2</sup> Las más importantes son: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing), ONU: Vigésimo Primer Periodo Extraordinario de Sesiones (CIPD+5), ONU: Vigésimo Tercer Periodo Extraordinario de Sesiones (Beijing+5), y Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará).

<sup>3</sup> Cfr. las páginas de UNIFEM: [www.unifem.org.mx](http://www.unifem.org.mx) y GIRE: [www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx) en Internet.

estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y espaciamiento de los hijos. En los artículos 14 al 27 se definen y determinan los términos y carácter de los servicios de planificación familiar, así como sus principios generales.

Se cuenta, igualmente, con el Programa Nacional de Salud (PNS, 2001-2006), que marca los lineamientos a los cuales deben responder las políticas en planeación familiar y salud sexual. Dichas políticas se condensan en el Programa de Acción: Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, que tiene tres principios rectores: el derecho a la información, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a los servicios de calidad. La planificación familiar resulta del vínculo presupuesto entre desarrollo económico y social, y la salud pública, por lo que se considera una estrategia para combatir los rezagos de salud propios de la pobreza.

El objetivo general del Programa Nacional de Salud es formulado de la siguiente manera:

“prevenir riesgos para la salud de mujeres, hombres, niños y niñas, contribuyendo a disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en los grupos vulnerables de la población”.

Dentro de sus objetivos específicos se incluye la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta la diversidad, la promoción de prácticas sexuales responsables y seguras, lograr la disminución de embarazos no planeados, abortos inducidos e infecciones de transmisión sexual; así como informar respecto a planificación familiar y extender el radio de acción de este servicio, y otras acciones que incluyen las prácticas anticonceptiva de los varones, la calidad del servicio médico, la consideración de los casos de infertilidad, de la menopausia y el climaterio, entre otras.

A partir de 2003, dentro de la Secretaría de Salud se creó el Programa Mujer y Salud (PROMSA) cuyo objetivo es incorporar la perspectiva de género en el sector salud, sobre la afirmación de que es debido a la situación de desventaja en que se encuentran las mujeres y a la apremiante necesidad de acciones afirmativas en favor de la población femenina a lo largo de todo el ciclo de vida, que es necesario construir nuevos mecanismos para dar respuesta a las necesidades de las mujeres como usuarias de los programas y servicios de salud, y como proveedoras de cuidados a la salud en los ámbitos doméstico, comunitario e institucional. Las acciones de este programa tienen también en la mira la situación específica de los varones, pero no se señala expresamente el tema de los derechos reproductivos en este programa.

Estos son los instrumentos normativos relativos a los derechos reproductivos en México en el ámbito federal. Sin embargo, las leyes de los Estados que conforman la República tienen sus particularidades en este rubro. Especialmente, es en el tema de la posibilidad de que las mujeres elijan, según su conciencia, si han de interrumpir o no un embarazo, donde se dan fuertes diferencias. Por una parte, las leyes vigentes aún no admiten una gama amplia de posibilidades de control de la fecundidad ni reconocen explícitamente el derecho de la mujer a decidir sobre los asuntos que afectan su sexualidad y reproducción—derecho que incluye la posibilidad de decidir un aborto—, sino que en el ámbito de los Estados, los códigos penales no admiten totalmente esta posibilidad, y las salvedades que consienten (el aborto por violación, por ejemplo) son, en la mayoría de los casos, imprac-

ticables. En el Distrito Federal se han dado cambios legislativos importantes que están abriendo la posibilidad de que en el caso de violación, la interrupción del embarazo sea una opción real para las mujeres.

Además del tema del aborto, algunas organizaciones civiles<sup>4</sup> han planteado otros temas fundamentales a considerar en el campo de los derechos reproductivos, tales como:

- el derecho a decidir, sin presión de ningún tipo, el uso o no de métodos anticonceptivos;
- el derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva y el acceso a una amplia gama de métodos tanto para hombres como para mujeres;
- el derecho a una atención oportuna, accesible y de calidad en los servicios de salud, durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- el derecho a la atención a los problemas de infertilidad sin restricciones y con suficiente acceso a la tecnología reproductiva;
- el derecho a la atención de calidad para prevenir y curar el cáncer del cuello del útero y mamario, las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH-SIDA, entre otras;
- la vigilancia ante las violaciones de los derechos reproductivos relacionados con la igualdad entre hombres y mujeres, particularmente en el acceso al campo laboral, como la prohibición del examen de no gravidez para conseguir un empleo o la protección del trabajo de las mujeres embarazadas y de sus derechos legales a la atención médica y a gozar de licencia con salario antes y después del parto, además de los descansos en periodos de lactancia.

## II. La realidad de los derechos reproductivos.

La importancia fundamental de legislar, en el ámbito internacional, los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos básicos es fácil de argumentar cuando se conocen algunas cifras relativas a algunos aspectos conectados con este tema, entre los cuales señalaremos algunos.

En los países en vías de desarrollo, una de cada tres mujeres en edad reproductiva no tiene acceso a métodos de planificación familiar modernos, seguros y confiables<sup>5</sup>; el 60 por ciento de las personas que viven en la pobreza en el mundo, son mujeres y niñas<sup>6</sup>; de los 200 millones de embarazos que se estiman al año, 75 millones no son planeados<sup>7</sup>; cada día mueren unas dos mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo, de las cuales 99 por ciento vive en países pobres<sup>8</sup>; cada año hay 2,63 millones de jóvenes que contraen el VIH/SIDA<sup>9</sup>.

---

<sup>4</sup> Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, GIRE, CIDHAL, Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México, entre otras.

<sup>5</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *La situación de la población mundial: seis millones, el momento de tener opciones*, 1999.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Iniciativa de Maternidad Segura, *Embarazo indeseado*: [http://www.safemotherhood.org/init\\_facts.htm](http://www.safemotherhood.org/init_facts.htm)

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Estimaciones ajustadas de mortalidad materna para 1990: una nueva estrategia para la OMS y el UNICEF*, 1996.

<sup>9</sup> ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Actualización epidémica para 1998*.

En México, a pesar de que contamos con el panorama arriba reseñado en relación con la consideración y protección de los derechos reproductivos en términos de leyes y reglamentos –que podrían parecer convenientes–, la realidad está demostrando que, a pesar de los avances legislativos, de los programas de gobierno y del esfuerzo de los organismos no gubernamentales, dichos derechos se encuentran alejados de muchas mujeres, particularmente de las más pobres. El organismo no gubernamental Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, maneja la siguiente información para documentar esta situación: la falta de acceso a atención médica y la deficiente calidad en los servicios de salud han provocado que fallezcan cuatro mujeres al día por causas asociadas al embarazo y parto. El gobierno mexicano ha reconocido que 10 millones de habitantes no tienen acceso a ningún tipo de servicio sanitario. Ello se agrava porque el 60 por ciento de las muertes maternas intrahospitalarias es ocasionado por algún factor relacionado con la atención profesional o con la capacidad resolutoria de las unidades hospitalarias, según el Informe 1993 del Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal. Estamos hablando de las tragedias y muertes evitables de aproximadamente 400 mujeres durante su proceso reproductivo en los hospitales del Sector Salud.

Con respecto al aborto, que en el Programa Nacional de Población 2001-2006 se ha reconocido como la cuarta causa de muerte materna y como un problema de salud pública, el gobierno federal y los legisladores siguen evitando la discusión y revisión de su penalización, aun en casos relacionados con la salud de las mujeres, como por ejemplo las mujeres embarazadas portadoras del VIH-SIDA que desean interrumpir su embarazo. Según el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, se estimaba que ocurrían 500 embarazos por año en mujeres infectadas, con una tasa de transmisión vertical de 25 por ciento.

No existe información oficial sobre la aplicación de métodos anticonceptivos, tales como dispositivos intrauterinos (DIU) o ligadura de trompas, sin el consentimiento informado de las mujeres o bajo presión de parte del personal de salud de las instituciones del Sector, a pesar de que las organizaciones de mujeres han constatado que la sufren muchas usuarias de los servicios médicos, sobre todo en el momento del postparto y postaborto –que es cuando más indefensas y vulnerables se encuentran–. Una investigación realizada por la Red de Mujeres de PRODUSSEP, organismo no gubernamental, reveló que 17 por ciento de las mujeres encuestadas afirmaron que les fueron impuestos métodos anticonceptivos sin su autorización o bajo presión.

En el aspecto laboral se sabe que es un requisito para solicitar empleo el examen de no gravidez, aún en las instituciones gubernamentales. Esta violación se está presentando con mayor rigurosidad en las empresas maquiladoras en donde, según testimonios, se solicita incluso el certificado de esterilización. La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal ha emitido recomendaciones para evitar que el examen de no gravidez sea un requisito laboral<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Esta información la presenta la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal en su sitio web <http://www.laneta.apc.org/tdr/tdr.htm>

Por otra parte, sabemos que en 1999 ocurrieron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, mientras que en el año 2000 se dieron 366 mil, con una creciente concentración en la tasa de fecundidad juvenil<sup>11</sup>. En el año 2000 había en nuestro país más de cinco millones de mujeres en este rango de edad (15-19 años), de las cuales un 11,96 por ciento ya tenía hijos. Estas cifras pueden ser superiores si se considera que no todos los embarazos llegan a término, por diversas causas.

### **III. Otros fenómenos sociales relacionados con la reproducción y los derechos reproductivos.**

Los datos expuestos más arriba nos permiten afirmar que a pesar de los esfuerzos de los gobiernos y de los organismos civiles, las actuales políticas sobre derechos reproductivos no han tenido éxito; al mismo tiempo, los mismos datos nos muestran algunos huecos en dichas políticas, en los cuales –queremos plantear–, se esconden probablemente buena parte de las razones de ese fracaso.

Uno de esos vacíos tiene que ver con la formulación misma del concepto de derechos reproductivos que establece un nexo automático y exclusivo con el aspecto biológico de la reproducción y con el cuerpo como territorio único en el cual se juega ésta y los derechos asociados a ella. Además, aunque en los últimos años y gracias a los esfuerzos de las feministas se ha comenzado a incorporar a los varones también como sujetos de los derechos reproductivos, aún siguen siendo las mujeres el centro de los supuestos que subyacen a esta perspectiva de los derechos reproductivos.

Habría que considerar que la “reproducción” no es una cuestión ni solamente biológica ni tampoco una cuestión estrictamente individual: es una función social vital para la sobrevivencia y el funcionamiento de los grupos humanos, por lo que también hay que proteger y normar dicha función entendida de esta manera. Podríamos decir que como consecuencia de la omisión de esta dimensión social de la reproducción humana se dan una serie de fenómenos graves que se conectan, sobre todo, con el sufrimiento de las mujeres y con el cuidado de la infancia; así como con la definición de los derechos y responsabilidades de las mujeres-madres y de los varones-padres, más allá de los límites que marca el proceso biológico de la reproducción. A continuación señalaremos algunos.

Para las mujeres concretas sometidas a esa situación, los efectos son múltiples: por una parte, convertirse en madre sin cuestionarse sobre las razones, los motivos o, inclusive a veces, las circunstancias en que una se convierte en madre; lo cual puede ser fuente de catástrofes subjetivas muy serias, desde cuadros psicopatológicos severos hasta condiciones de vida miserables, para estas mujeres, para sus hij@s y para quienes conviven con ellas. Vivir la presión de una experiencia subjetiva intensa como un embarazo, un parto y una crianza, sin desearlo o sin saber enfrentarlo, o sin recursos para hacerlo, necesariamente desemboca en situaciones conflictivas, dolorosas y violentas. Por otra parte, la multiplicación de necesidades económicas a raíz del nacimiento de un/a hijo/a, así como la vulnerabilidad que supone la crianza en términos de capacidades, tiempos y energía,

---

<sup>11</sup> CONAPO, *Situación actual de la mujer en México*, México, 2000; CONAPO, *La población de México en el nuevo siglo*, México, 2000.

crean circunstancias de precariedad que conducen a condiciones humanas explosivas, considerando los papeles de género según los cuales las mujeres cargan con prácticamente todo el peso del ejercicio de la maternidad, los que muchas veces se confunden y suman a las dobles jornadas de trabajo.

En todos los países de Latinoamérica el índice de niños de la calle ha llegado a ser alarmante, al igual que el de los niños abandonados, maltratados y asesinados. De esto nos han informado abundantemente los medios de comunicación así como los informes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otras agencias internacionales.

En México, un informe del gobierno del Distrito Federal (DF) y UNICEF difundido en febrero de 2002, señaló que más de 14 mil niñas y niños viven y trabajan en las calles y espacios públicos de la ciudad de México. De acuerdo con el reporte, el 75 por ciento de las y los menores desamparados son adolescentes de 12 a 17 años de edad, poco más de 1.500 viven su primera infancia (de cero a cinco años) y el resto oscila entre los cinco y 12 años. El documento sostiene que la mayoría de los llamados “niños de la calle” ha sufrido maltrato o abandono familiar o son huérfanos, y están expuestos a explotación laboral y sexual. El año pasado, UNICEF situó en 16 mil la cifra de niñas y niños víctimas del comercio sexual en México y se calcula que al menos 2.500 son del DF<sup>12</sup>.

Durante 1999, según la policía, se reportaron a la fecha en Lima y Callao 121 casos de niños recién nacidos que son encontrados en lugares públicos. En el Perú dichos lugares van desde el encerado confesionario de una iglesia hasta el más inmundo de los basurales<sup>13</sup>.

En Estados Unidos, aunque no se cuenta con cifras sobre el abandono de recién nacidos por sus progenitores en ninguna agencia del gobierno estadounidense o civil, se han producido ya leyes que conducen a la protección de los niños abandonados. Estados como Texas o Arizona, han comenzado a buscar mecanismos legales que, si bien no pueden impedir el fenómeno del abandono de niños, sí puedan asegurar el bienestar de éstos últimos, tales como la creación de lugares de recepción de esos niños y la garantía de no fincar ningún cargo legal para quienes los entreguen ahí. De esta manera se evita la penalización de quienes no quieren conservar a sus hijos y se orienta la preocupación del Estado hacia los recién nacidos desprotegidos<sup>14</sup>.

De manera igualmente abundante, la prensa nos informa con frecuencia de los casos de niños maltratados por sus madres y que terminan en hospitales y centros de atención. Se cuenta con el dato de que son las amas de casa quienes se han convertido en las principales responsables de la violencia física, emocional y psicológica cometida contra la población infantil en México. Así lo demuestran las investigaciones realizadas a lo largo de 20 años en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP). Se estudiaron un total 173 expedientes, de los cuales, 63 (40 por ciento), ubican a la madre como el agente principal de la agresión; 38

---

<sup>12</sup> México, 18 de febrero de 2002 (Prensa Latina/Tertulia).

<sup>13</sup> Agurto, Gastón, “Niños Sin Pesebre”, *Caretas*-1595/index.html, Lima, Perú, 23 de diciembre de 1999.

<sup>14</sup> *The Arizona Republic*, 1 de febrero de 2001, “Ley de despenalización a madres abandonadas”, en: Boletín electrónico *Tertulia*, 23 de noviembre de 2002: *Abandono legal de niños en Texas*.



señalan al padre y en 15 de los casos las lesiones fueron provocadas por ambos progenitores. También está el abuso sexual, dividido en dos modalidades: el contacto físico y la explotación sexual. En el primer caso se incluye el tocamiento de cualquier área corporal, la penetración y el uso del menor para la estimulación. En el segundo caso se encuentra la prostitución o el uso de menores para la producción de pornografía; incluye, también el *voyeurismo* y el exhibicionismo. Según los investigadores, son las niñas las que con mayor frecuencia sufren este tipo de agresión cuando tienen padrastros, no viven con los padres biológicos, conviven con alcohol y drogas, *tienen una madre con daño psicológico* o van a la guardería (el subrayado es mío, CPV). Por otra parte, se ha señalado que el maltrato psicológico ocupa el tercer lugar (14 por ciento), y se manifiesta mediante el sometimiento y las amenazas. Le sigue el *síndrome de Munchausen* (4 por ciento), caracterizado por fabricación de enfermedades por parte de la madre con conocimientos en medicina; el síndrome del niño sacudido (4 por ciento), y finalmente el ritualismo satánico (1 por ciento) (Loredo Abdala: 2004)<sup>15</sup>.

El tráfico de menores en México, ya sea para su venta o para adopciones ilegales, es un fenómeno que tiene su base mayoritaria en madres que se deshacen de sus hijos de distintas maneras y por diferentes motivos, incurriendo a veces en delitos federales que están en proceso de tipificación.

Hay que contabilizar también los casos de las mujeres que matan a sus hijos, que son siempre causa de horror y escándalo, y cuya mayoría termina en consignaciones por el delito de filicidio (De Barbieri, Malvido y Torres Arias: 1992). No son pocos estos casos y habría que estudiar sus raíces y buscar la manera de prevenirlos. Se puede decir que el infanticidio no reconoce fronteras ni clases sociales: sólo en Estados Unidos se producen unos 250 casos al año de mujeres que paren escondidas para luego abandonar los bebés (vivos o muertos) en basureros, baños, moteles, o a la intemperie<sup>16</sup>.

En América Latina, aunque sólo se conocen los casos resonantes a través de la prensa, éste es un fenómeno que parece hablar solamente de mujeres adolescentes y pobres. Las formas del crimen en esos casos difundidos incluyen, casi siempre, la asfixia o ahorcamiento (con el cordón umbilical, con una bolsa de nylon) y el abandono del cuerpo en baños públicos o de las casas donde dieron a luz, o bien botes de basura. Aunque el drama del infanticidio tiene muchos actos y el crimen es siempre el final de una trama en la que participan muchos personajes, en el imaginario colectivo sólo quedan dos protagonistas: la mujer que dio muerte y el cuerpo sin vida del recién nacido. Una gran cantidad de casos de infanticidio se da, por ejemplo, en la casa donde trabajan las mujeres como empleadas domésticas, cuando la dueña de casa encuentra el feto en el baño o en la habitación de servicio. La historiadora colombiana Catalina Reyes Cárdenas indagó los casos de infanticidio registrados a principio de siglo pasado en los archivos judiciales de Medellín. En su estudio indica que todas las acusadas eran "madres solteras y, exceptuando una de ellas, tenían otros hijos. De estas madres sólo una convivía con sus hijos. Las

<sup>15</sup> Loredo Abdala, Arturo, *Maltrato en niños y adolescentes*, Editores de Textos Mexicanos, 2004.

<sup>16</sup> Diez, Andrea, "La soledad del infanticidio", en: *Boletín electrónico Tertulia*, 30 de noviembre de 2002.

demás, para poder trabajar, los entregaban a las Hermanas de la Caridad o a la Casa de Pobres”.

En el siglo que corre la situación relacionada con el asesinato de niños por parte de sus madres sigue siendo un fenómeno más frecuente de lo que se sabe. Lo interesante es que cuando se busca entender estos casos, los argumentos que se utilizan van en la línea de suponer que esas mujeres se deshicieron de sus hij@s no porque no los quisieran, sino por miedo al rechazo, por vergüenza, por presiones externas. Se oculta que no todas las mujeres desean estar embarazadas ni convertirse en madres.

Por otra parte, sabemos que las estadísticas sobre el número de abortos en todos los países de Latinoamérica son altas y preocupan a sus gobiernos. En México, aunque son poco confiables los datos por la naturaleza clandestina de esta práctica, se ha hecho cada vez más evidente que las mujeres están dispuestas a asumir cualquier riesgo derivado de las prácticas clandestinas para poder decidir sobre sus cuerpos y sus destinos; y cada vez es más obvio que un embarazo no deseado no representa un hecho que se acepte como algo inevitable o como algo que pueda convertirse, en algún plazo, en positivo –si no es que buscado y deseado–.

Un plano más que muestra los efectos relacionados con la actual comprensión de los derechos reproductivos como algo prioritariamente individual y relacionado con la salud, es el sufrimiento individual de las mujeres que no es poco ni aislado<sup>17</sup>. Cada vez hay más reportes del malestar emocional de las mujeres (Enríquez, 2002) que se ven forzadas a enfrentar contextos de gran tensión producida por las situaciones de pobreza, carencias, sobre-exigencias e ideales de género<sup>18</sup>. Ya en otro lugar<sup>19</sup> hemos señalado que la maternidad, como uno de dichos ideales, suele no ser fruto de un proceso ni subjetivo ni colectivo de autodeterminación consciente, generando así distintos efectos concretos tanto para las mujeres como para los niños y niñas que nacen de dichas mujeres, y también para la sociedad en general. Es el género, en tanto conjunto de ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer en nuestra sociedad y en nuestro tiempo lo que determina, en última instancia, el fenómeno tanto en lo subjetivo como en lo colectivo.

#### IV. Algunas explicaciones de estos fenómenos.

Si miramos entonces en conjunto todos estos datos sobre el sufrimiento individual de las mujeres así como sobre el abandono, el maltrato, el aborto, el filicidio y el abuso infantiles, es insoslayable la pregunta sobre cuál es su significado. ¿Qué muestran estas

<sup>17</sup> Enrique Jadresic, con 14 años dedicado al tema de la psicopatología de la mujer, explica que a partir de los años 80 estudios internacionales muestran que entre el 20 y 40 por ciento de las mujeres embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión o ansiedad. Más aun, se sabe que la depresión más severa, esa que deteriora el nivel de funcionamiento de la persona y donde hay un grado mayor de sufrimiento, afecta al 10 por ciento de las embarazadas y de un 13 a 15 por ciento de las madres recientes (Urrejola B., Ximena, diario *El Universal*, México, lunes 11 de octubre de 2004).

<sup>18</sup> Enríquez, Rocío, *El crisol de la pobreza. Malestar emocional femenino y Redes de Apoyo Social en Mujeres Pobres Urbanas*, Tesis Doctoral no publicada, Ciesas Occidente, Guadalajara, México, 2002.

<sup>19</sup> Palomar, C., “‘Malas madres’: la construcción social de la maternidad”, en *Debate Feminista*, año 15, vol. 30, México, octubre de 2004.

cifras? ¿qué nos dicen? Sabemos que pueden hacerse distintas lecturas, entre las cuales encontramos las siguientes:

- es la pobreza el factor que explica estos fenómenos, ya que ante las carencias económicas, las madres se ven forzadas a abandonar/maltratar/matar/abortar a sus hij@s;
- es la pérdida de valores propia de la decadente vida urbana del nuevo siglo lo que ha conducido a la desintegración familiar y a la violencia intrafamiliar que lleva a una incapacidad de las madres para ejercer su papel;
- es el producto de la ausencia de apoyo directo del Estado a las madres de familia para que sobrelleven su papel histórico;
- es la muestra de que los gobiernos no han dado con la clave en la cuestión de políticas de población y de atención a la salud y de la infancia, por lo que las mujeres están rebasadas por las exigencias de su papel de madres y por las exigencias económicas;
- es el efecto de la globalización y de los medios de comunicación que ponen en crisis los modelos establecidos de convivencia generando confusión y pérdida de identidad en las mujeres, quienes ya no saben desempeñarse como madres.

Sin embargo, ninguna de estas “respuestas” arrojan luz nueva que alumbre los oscuros rincones de esta situación hasta ahora no solamente sin solución, sino que parece agravarse progresivamente. No obstante, es probablemente en esas oscuridades en donde puedan esconderse otras posibilidades de respuesta. Lo primero que hay que alumbrar es estas mismas “explicaciones” para darles la vuelta y que nos den pistas fructíferas para la comprensión del fenómeno.

Por supuesto que es imposible negar la existencia de la pobreza, de la crisis de los modelos de convivencia, de la existencia de la violencia intrafamiliar, de la falta de apoyo estatal, de las fallas de las políticas públicas y de los efectos de la globalización y del bombardeo mediático. Sin embargo, al revisar detenidamente la manera en que estos elementos se proponen como factores explicativos de los fenómenos sociales y subjetivos mencionados más arriba, salta a la vista otra evidencia: que estas respuestas tienen una misma base de fondo que radica en algunas suposiciones nunca explicitadas. La primera es que la responsabilidad sobre el destino de la infancia, como grupo de reposición de los cuerpos sociales, y sobre la salud o capacidad hacia el futuro de los seres que la componen, es una responsabilidad individual y, básicamente, de las mujeres.

El hecho de que se siga pensando que la función materna (el cuidado y la atención de l@s infantes) es responsabilidad solamente de las mujeres, impide que la problemática relacionada con la infancia tenga solución. ¿Qué pasa con estas sociedades que no solamente no sabe proteger a sus niños y niñas, sino que son negligentes y crueles con ell@s? ¿por qué no pueden evitarse estos fenómenos? ¿qué pasa si los entendemos como síntomas, es decir, como expresiones simbólicas de algo que, por no poder formularse, se presenta de esa manera? Si esto es cierto, ¿qué es eso que no se formula, que no se dice, que no se menciona? Es posible pensar que se trata de algo que, hasta ahora, no ha sido considerado en el tema de los derechos reproductivos, algo que se omite, se borra, se deja de lado: el deseo de las mujeres que engendran y paren a esas criaturas.

La enormidad de las cifras que hemos mostrado no permite la salida fácil de hablar de patologías individuales o de casos aislados; estamos frente a un fenómeno de dimensiones estructurales y, en ese plano, hay que comprender su significado. ¿Es que las mujeres ya no aman a sus hijos? ¿es que la pobreza las empuja a la vida bárbara? ¿es que ya no existen valores que sostengan las relaciones humanas? Estas preguntas esconden muchas trampas. La primera de ellas es situar solamente a las mujeres como responsables de fenómenos que no solamente ellas producen o permiten: las criaturas no se engendran por ellas solas ni son abandonadas, maltratadas o asesinadas solamente por sus madres. En primer lugar hay padres que deberían responder por esas criaturas<sup>20</sup>, pero también la sociedad, en la medida en que exige a las mujeres ser madres para ser reconocidas, debe responder por esas criaturas<sup>21</sup>. Debería de haber una responsabilidad social sobre los nuevos seres humanos que hay que proteger y cuidar por el bien de todos.

Otro supuesto involucrado en estas respuestas, que no se discute, es la voluntad consciente de las mujeres en el tema de la reproducción; es decir, parece asumirse la afirmación de que las mujeres –todas las mujeres–, quieren reproducirse; y, yendo todavía más lejos con la misma suposición, que si ellas se reproducen, su “instinto” hará que amen a sus criaturas, las cuiden y las protejan. Más aun: que estén capacitadas para hacerlo. Por lo tanto, si ocurren sucesos como los que señalamos, no es porque ellas quieran, sino porque no pueden impedirlo.

Otra trampa que esconden esas respuestas es que suponen que las mujeres “deberían” (todas) querer, es decir, amar a sus criaturas. Este supuesto es muy complejo porque hunde sus raíces en un esencialismo biologicista del que se han derivado una serie de afirmaciones que componen el saber común sobre las mujeres y la maternidad. Básicamente, que el hecho de ser madre biológica garantiza, en paquete, un *kit* completo de cualidades y elementos: desde el saber necesario sobre embarazo, parto y lactancia, hasta el conocimiento de recetas y remedios, pasando por las virtudes “inherentes” a la maternidad (paciencia, abnegación, sacrificio, desprendimiento, generosidad, etc.). Todo anudado en torno a una piedra angular: el amor materno.

En estas suposiciones hay una construcción ideológica de las mujeres-madres como víctimas de fuerzas invencibles: la biología, la economía, la negligencia estatal, etc. ¿Por qué es preferible pensar así a las mujeres que como agentes activas de sus capacidades reproductivas y de sus consecuencias? ¿por qué no comenzar a pensar que esos fenómenos que parecen escandalizar a todas las sociedades son el resultado de no escuchar –y, por lo tanto, de no considerar– el verdadero deseo de las mujeres?

<sup>20</sup> Es un hecho importante notar que en México, como en otros países de América Latina, tanto el aborto como el abandono han sido clasificados como delitos penales en la legislación, con un peso diferente de las sanciones en el caso de las mujeres y los varones.

<sup>21</sup> Paradigmáticos resultan, en relación con este punto, los casos ocurridos en los últimos cinco años, de Paulina, de María y de Dalia, la primera en Baja California, la segunda en Oaxaca y la tercera en Nuevo León (todos Estados de la República Mexicana). A estas chicas adolescentes se les negó su derecho de abortar el producto de las violaciones que las dejaron encinta, cuando el aborto por violación es legal en todo el país desde 1939. Al hacer esto, las autoridades no sólo pasaron por encima de la voluntad y del sufrimiento de estas chicas, sino que atropellaron sus derechos humanos y reproductivos. Pero lo que es todavía más grave: impidieron el ejercicio del derecho al aborto y luego abandonaron a las chicas –quienes no solamente no quieren ser madres sino que no pueden serlo–, a su suerte individual. Si el Estado interviene en ese plano de decisión subjetiva, ¿por qué no brinda el apoyo para sostener aquello que es la consecuencia de dicha intervención? ¿por qué, con estos hechos, se continúa haciendo patente la necesidad social de pensar a la responsabilidad con la infancia como algo que compete individual y exclusivamente a las mujeres?

Planteamos entonces, a partir de aquí, que el sufrimiento subjetivo de las mujeres y que los conflictos sociales que viven los infantes, tienen que ver con dos elementos cruciales en el tema de los derechos reproductivos: la insistente e incesante construcción de las mujeres-madres como sujetos pasivos y víctimas de fuerzas invencibles, y la sordera social frente al deseo de las mujeres.

Por otra parte, es fácil notar que una mujer puede parir una criatura y nunca convertirse en madre; y, al revés: muchas mujeres o varones han sido “madres” sin haber parido jamás. De esta manera estamos formulando una idea importante: la maternidad es una función, es una forma de relacionarse, un tipo de vínculo humano, el del cuidado, la protección, el interés-en-el/la-otr@. Si esta idea pudiera incorporarse en los grupos sociales, las mujeres se verían descargadas de una responsabilidad enorme sobre la reproducción de dichos grupos y la colectividad adquiriría, necesariamente, una mayor responsabilidad de su sobrevivencia, lo cual tendría innumerables efectos en su organización. Y, particularmente, sentarían unas bases muy diferentes para hablar de los derechos reproductivos porque desplazaríamos la enorme atención que se le ha dado a la capacidad biológica de procrear, hacia el factor del deseo de las mujeres.

Con todo este marco argumentativo, es posible decir ahora que la depresión materna, la gran cantidad de neurosis graves de las mujeres-madres, el aborto, el maltrato infantil, el abandono de infantes y su asesinato, son la evidencia de algo que no se quiere oír: que cuando es@s niñ@s nacieron, probablemente, no había nadie que quisiera cuidar@l@s y ayudar@l@s a crecer, porque en realidad, el deseo de las mujeres que los parieron no tenía nada que ver con querer hacerse cargo de ell@s. Sin embargo, es más fácil suponer que una mujer abandona a su hijo o hija por querer evitarle futuras carencias o penurias –porque así podemos seguir creyendo en la ficción de la universalidad del instinto y del amor materno– que, simplemente, aceptar que esa mujer no lo ama o, lo que es todavía más importante, no era lo que deseaba.

## **V. El deseo y la reproducción.**

Hemos hablado antes de las consecuencias de omitir, en la formulación del concepto de los derechos humanos, la consideración de otras dimensiones además de la biológica. Creemos que una de dichas consecuencias, que es fundamental, es la imposibilidad que así se genera de incluir aspectos subjetivos no biológicos en la comprensión de lo que ocurre con la reproducción y con los derechos reproductivos. Uno de dichos aspectos es el deseo de las mujeres.

Situar el deseo de las mujeres en el centro del debate sobre el tema de los derechos reproductivos tendría muchas implicaciones. Una de ellas, quizá la más básica –pero también la que puede ejemplificar mejor la diferencia entre una perspectiva y otra–, es el replanteamiento de las preguntas que suelen formularse en torno a las principales preocupaciones relacionadas con los derechos reproductivos: ¿por qué fracasan las campañas de difusión de medidas anticonceptivas? ¿por qué si las mujeres tienen acceso a los anticonceptivos, siguen teniendo tantos embarazos? ¿por qué las mujeres pobres paren más que las otras mujeres? ¿por qué ni la miseria, ni la violencia, ni las carencias de todo tipo,

disuaden a las mujeres de embarazarse y tener hij@s? ¿por qué fracasan también —en gran medida— los procedimientos de las nuevas tecnologías reproductivas?

Creo que el primer paso para encontrar claves para algunas respuestas es, por una parte, afirmar que el deseo de las mujeres tiene relación con el género y, por otra, desmenuzar la idea misma del deseo de las mujeres-madre.

Afirmar que el deseo de las mujeres se vincula con el género, vuelve a plantear la vieja y falsa oposición naturaleza-cultura, ya que las respuestas automáticas traen otra vez nociones sobre la “naturaleza” de las mujeres, el “instinto materno” y la “esencia femenina”. Los aspectos culturales solamente se asocian, al analizar la maternidad, con la fenomenología que adopta, pero no con su misma existencia. En términos tradicionales, nadie se atrevería a sostener que la maternidad es, hoy por hoy, un hecho cultural y no biológico. Es decir, que se trata de una cuestión de género<sup>22</sup> (Palomar, 1996).

En este sentido, si bien la maternidad supone ciertos datos biológicos innegables, es vivida, en términos colectivos y también subjetivos, desde la oscuridad de las tradiciones y las costumbres, y desde las intrincadas profundidades del género que impone a la lógica biológica sus coordenadas<sup>23</sup>. De esta manera, podemos afirmar que la maternidad suele no ser fruto de un proceso ni subjetivo ni colectivo de autodeterminación consciente, generando así distintos efectos concretos tanto para las mujeres como para los niños y niñas que nacen de dichas mujeres, y también para la sociedad en general. Es el género, en tanto conjunto de ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer en nuestra sociedad y en nuestro tiempo, lo que determina el fenómeno tanto en lo subjetivo como en lo colectivo.

Por otra parte, si queremos analizar de qué se compone el deseo de las mujeres en relación con la maternidad, hay que formular muchas preguntas: ¿qué desea una mujer cuando desea un hijo? ¿qué es lo que hace que una mujer desee ser madre? ¿es preciso decir “deseo” o se puede hablar de “decisión”? ¿las mujeres “necesitan” convertirse en madres? ¿es lo mismo desear ser madre que desear un hijo o desear tener un embarazo? ¿qué se desea al desear un hijo? ¿qué es lo que necesita al buscar convertirse en madre? ¿qué es lo que origina y desata que una mujer tenga hijos? ¿es en todas lo mismo o hay variaciones y éstas de qué dependen? ¿de qué se compone esa fuerza? ¿cómo se relacionan esas motivaciones subjetivas con la manera en que se construye socialmente la maternidad? ¿qué encargos sociales se cumplen en esa experiencia que se insiste en ver como estrictamente individual? ¿qué efectos subjetivos tiene la vivencia de la experiencia de la maternidad sin que sean claras las fuerzas que la originan?

Respecto a las mujeres, ya hemos hablado de los efectos en términos de sufrimiento individual, y son igualmente serios los efectos que recaen en los niños y niñas quienes, al no ser hij@s deseados, no tendrán quién los críe, los proteja y les ofrezcan afecto. En términos sociales, las consecuencias son múltiples; por el lado de las mujeres se puede

<sup>22</sup> Verlo de esta manera no implica negar la obvia presencia de factores biológicos en la concepción, el embarazo, el parto y la lactancia. Sin embargo, en nuestros días las posibilidades reales de evitar o suspender un embarazo son tan accesibles en términos generales, que no hacerlo supone un acto de voluntad aunque los motivos permanezcan inconscientes.

<sup>23</sup> Claro que en este punto nos referimos a la maternidad biológica, pero podríamos afirmar que la maternidad “no biológica” también se vive desde los mismos parámetros, lo cual confirmaría nuestra hipótesis respecto a que la práctica social se superpone a los determinantes biológicos de la maternidad.

mencionar la sobrecarga en las mujeres-madres del esfuerzo y la responsabilidad de la crianza de l@s hij@s producida por la ausencia de reflexión sobre la maternidad como práctica que compete a toda la sociedad, así como las dificultades concretas para que las mujeres madres se desarrollen profesionalmente y cuenten con igualdad de oportunidades en todos los ámbitos. Por otra parte, están todos los efectos relacionados con la infancia que ya hemos mencionado y que se agravan cuando se sabe que al no contar es@s niñ@s con soportes afectivos que garanticen vínculos íntimos consistentes, será difícil que logren devenir sujetos conscientes y responsables de su existencia, además de que inevitablemente se convertirán en víctimas de la pobreza, la violencia, el abuso y otros males que los harán padecer una enorme serie de limitaciones, sufrimientos y dificultades. Hasta ahora no existen en nuestro país instituciones suficientes ni mecanismos sociales claros para atender las necesidades de los niños que carecen de padres que se hagan cargo de ellos; lo cual, por un lado, sobrecarga el papel de la madre biológica y, por otro, crea condiciones de mucha vulnerabilidad para la infancia.

Finalmente, no entender que el deseo de las mujeres ligado a la maternidad también es una cuestión de género, impide contar con políticas públicas realmente efectivas para la atención de las mujeres y de la infancia, tanto en el plano de la salud y los derechos reproductivos, como en el plano laboral y de los soportes institucionales para una saludable atención de la reproducción social. Es sorprendente, por otra parte, que en todo lo que tiene que ver con la maternidad como fenómeno sociológico, no se establezca nunca el vínculo con la importancia de que se trata de una experiencia subjetiva realmente voluntaria y gustosa<sup>24</sup>. Mientras esto siga dejándose de lado, no habrá manera de lograr una verdadera planificación de los embarazos ni de controlar los efectos negativos que actualmente padecemos. De la misma manera, mientras se siga creyendo que la maternidad es algo que solamente corresponde a las mujeres y no se logre verla como una función simbólica y social, no habrá solución a los conflictos que presenta este fenómeno.

## **VI. ¿Por qué es tan difícil oír –y considerar– el deseo de las mujeres?**

Afirmar que no hay una conexión automática entre lo que ocurre con la infancia y el deseo de las mujeres es, de entrada, difícil de aceptar y conduce muy rápido a otras preguntas: si esas mujeres no deseaban ser madres, ¿por qué lo fueron? Si no quieren cuidar y atender a su criatura, ¿por qué l@ tienen? Aquí se agolpan las respuestas rápidas que, otra vez, no explican el fenómeno pero sí dicen mucho de lo que no se quiere saber: porque esas mujeres no supieron o no tienen medios para impedir el embarazo, porque no supieron cómo o no pudieron interrumpirlo, porque fallaron las medidas anticonceptivas. Pero también hay otro orden de explicaciones: porque es lo que se espera de mí, porque “ya era tiempo”, porque “hay que formar una familia”, porque “ya estoy casada y eso toca”, porque eso se usa, es la costumbre, hay que hacerlo. ¿Cómo ser mujer si no



tengo hij@s? ¿por qué las mujeres tienen hij@s: porque pueden, porque deben, porque quieren?

Hemos señalado anteriormente<sup>25</sup> que el proceso de construcción social de la maternidad ha supuesto la generación de una serie de mandatos relativos a ésta, encarnados en los sujetos y en las instituciones, y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones; produciendo, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad y al mismo ser de las mujeres. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos. De aquí es de donde se desprende la producción de estereotipos, de juicios y de calificativos que se dirigen a aquellas mujeres que tienen hij@s –y que éstas mismas se autoaplican–.

Respecto a los estereotipos, encontramos primero la idea de “La Madre”, esa representación ideal, abstracta y generalizadora que motiva los monumentos, las loas y los refranes (“madre sólo hay una”, etc.) y que encarna la esencia atribuida a la maternidad: el instinto materno, el amor materno, el *savoir faire* maternal, y una larga serie de virtudes derivadas de éstos elementos: paciencia, tolerancia, capacidad de consuelo, capacidad de sanar, de cuidar, de atender, de escuchar, de proteger, de sacrificarse, etc. A partir de esta Gran Matriz representacional, se producen dos otros estereotipos: las “buenas madres” y las “malas madres” que, en términos generales, nacen del grado de acercamiento o de alejamiento de esa primera idea de “La Madre”. Es importante notar que esta representación, aunque incluye el sobre-entendido de que “La Madre” debe ser una mujer, no incluye la idea de persona, ni la de ser humano. Como si toda la subjetividad de quien cumple la función materna se redujera a eso.

En conexión con estos estereotipos hay que señalar uno de sus efectos sociales: la producción de la idea de que la maternidad beatifica a las mujeres que la ejercen. Y no sólo las beatifica, sino que las purifica y las absuelve, anclándolas irremediabilmente a las preocupaciones “domésticas”. Veamos algunos ejemplos: si las mujeres de una colonia popular se organizan para obtener servicios públicos, la interpretación de esta actividad no es que la preocupación que la motiva se deriva de que sean ciudadanas que tienen legítimos derechos de demandar atención por parte de las autoridades, sino “porque son madres y se preocupan por sus hij@s”. Si las mujeres de la Plaza de Mayo reclaman el *habeas corpus* de sus familiares desaparecid@s por razones políticas, no es porque son ciudadanas ejerciendo uno de los más elementales derechos humanos, sino porque reclaman a sus hij@s y sus niet@s desde su amor maternal. Si los periodistas cuestionan a las mujeres que participaron en el linchamiento de tres policías vestidos de civil en el Estado de México, ellas responden que participaron porque son madres y se preocupan por sus hij@s<sup>26</sup>. Si al salir de la cárcel Gloria Trevi lleva a su hijo en brazos, a todo el mundo se le

<sup>25</sup> Palomar, *ibídem*.

<sup>26</sup> En el mes de octubre de 2004 ocurrió en San Juan Ixtayopan, México, el linchamiento de tres policías vestidos de civil que realizaban una investigación poco clara sobre el narcotráfico. Dos de ellos murieron a consecuencia del fuego –los quemaron vivos– y de los golpes que recibieron; el tercero aún se recupera en el hospital. Lo que “justificaba” la señalada explicación de las mujeres que participaron en estos asesinatos fue que había circulado un rumor de la “posibilidad” de que “alguien” quisiera secuestrar a los niños de una escuela de la colonia.



olvida por qué estaba presa, los cargos que se le fincaron y la corrupción del proceso judicial en su contra<sup>27</sup>.

Esta manera de construir socialmente la maternidad, a través de estereotipos y representaciones cargadas de significados de género –que desencadenan respuestas tanto cognitivas como emocionales en los sujetos–, producen respuestas inconscientes de los individuos a los mandatos sociales que impiden el ejercicio reflexivo y la comprensión de la propia capacidad de autodeterminación y actuación. Sobre todo, se invisibiliza el derecho que todo individuo tiene de cuestionarse sobre el contenido de cualquier deseo que le sea atribuido; en este caso, sobre el supuesto deseo de reproducirse que se da por sentado socialmente y que es extraordinariamente complejo. ¿Qué es lo que hace que una mujer desee ser madre? ¿es preciso decir “deseo” o se puede hablar de “decisión”? ¿las mujeres “necesitan” convertirse en madres?

Un poco apresuradamente señalemos que, en relación con la última de las preguntas formuladas, podemos adelantar algo: los elementos que componen el deseo de una mujer que tiene un/a hij@ son extremadamente diversos y oscuros. Que una mujer tenga un/a hij@ no supone en todos los casos el deseo de tal cosa y, menos aún, que se trate de un acto libre, voluntario y consciente. Antes bien: casi en ningún caso puede encontrarse que una mujer pueda dar cuenta con claridad de los motivos que la conducen a convertirse en madre. Y aunque seguimos en el terreno de las hipótesis, afirmamos también que es la enorme presión que ejercen los estereotipos de género sobre las mujeres –pero también sobre los varones– el factor que dificulta, de manera más generalizada, la posibilidad de conocer de qué se compone el deseo de las mujeres que termina produciendo un/a hij@.

“La demanda se refiere siempre a otra cosa que a las satisfacciones que reclama (en este caso, el hijo). Para Lacan, se trata siempre de una demanda de amor. Precisamente, ‘el deseo se esboza en el margen en que la demanda se escinde de la necesidad’ (Lacan, 1966). La *necesidad* se sitúa en el orden biológico, natural, pero en la medida en que sólo podemos formularla mediante una *demanda* que utiliza para ello el lenguaje (discurso del Otro), su enunciación siempre deja un margen de algo que no llegará a satisfacerse: se trata del deseo, movimiento que nos lleva a buscar esa satisfacción absoluta y, por eso mismo, imposible. Cuando una mujer dice que quiere tener un niño, esta palabra no alude inequívocamente, como suele creerse, al niño real. Nos vemos obligados a abandonar todas las certezas de la ciencia y asumir nuestro desconocimiento del deseo particular de cada mujer, en tanto no hay una relación unívoca entre significante y referente ni, siquiera, entre significante y significado”<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> En setiembre de 2004 la cantante mexicana Gloria Trevi es puesta en libertad después de pasar algunos meses en una cárcel de Chihuahua y muchos otros en una cárcel brasileña de donde fue extraditada a México, para su juicio por los cargos de violación, corrupción de menores y la inexplicable desaparición y muerte de una niña parida por ella en Brasil. Ya en la cárcel, vuelve a quedar embarazada en circunstancias inexplicadas y pare a un niño cuya presencia parece absolverla de todos los cargos. Cuando fue liberada su imagen con su hijo en brazos se difunde profusamente en los medios.

<sup>28</sup> Tubert, Silvia, *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Siglo Veintiuno de España, Madrid, 1991, p. 157.

Lo que parece más evidente es que la ignorancia o sordera de lo que las mujeres desean está detrás de los datos sobre el sufrimiento de mujeres y niñ@s a los que nos hemos referido anteriormente. Si bien nunca es simple conocer el deseo –ni el propio ni el ajeno–, menos aún lo es si creemos que éste tiene apellidos o que se le pueden poner adjetivos tales como “deseo materno”. Hemos visto ya que tal cosa puede componerse de variables tan diversas, que sería difícil encerrarlo en algo que suena sospechosamente parecido a lo que la sociedad espera de nosotr@s. Sin embargo, en todas partes se habla de ese “deseo materno” y, curiosamente, tal deseo tiene unas perversas manifestaciones. Veamos algunas, todas ellas ligadas con los derechos reproductivos.

## VII. Efectos perversos del “deseo materno”.

Comenzaríamos diciendo que la racionalidad del deseo es inescrutable pero, sobre todo, es equívoca. Probablemente nadie ha hablado mejor de los engaños del deseo que J. Lacan<sup>29</sup>. Según este autor, la relación de una acción con el deseo tiene dos dimensiones: una trágica y una cómica. La primera tiene que ver con el triunfo de la muerte; la segunda, con el fracaso fundamental en alcanzarlo. Eso es el deseo: lo que vibra, lo que pulsa, lo que empuja, lo que quiere ser; y es tan paradójico, que en su realización están su muerte y/o su escapada.

¿Qué tiene que ver esto con el deseo que en las mujeres es leído –pero no sólo por ellas– como “deseo materno”? Que al imaginar –y así construir– el deseo de toda mujer que pare como un “deseo materno”, se le pone un adjetivo al deseo que lo encadena discursivamente con la maternidad como si fuera todo lo que una mujer podría desear; por otro lado, se produce la ficción discursiva de que el/la hij@ es la concreción del deseo de la madre y en esa misma dirección se construyen las sobre-exigencias, los estereotipos, las preguntas alrededor de lo que parece contradecir su deseo al abortar, maltratar, asesinar o abandonar a su criatura. Por supuesto que en la base de esta ficción está el horror a imaginar que un@ mism@ no ha sido deseado, que un@ es, simplemente, un producto del juego del engaño del deseo.

Ese horror conduce a la construcción de un enorme edificio de relatos y mitos que impide ver lo que sucede: que el/la hij@ toma el lugar de un significante tanto de la muerte del deseo como del fracaso de realizarlo. No se quiere ver que el/la hij@ no es nunca aquello que empuja a alguien a la reproducción. Dicho de otra manera: que lo que se cumple en la reproducción está mucho más allá de la criatura que nace. Que lo que está en juego en el acto de engendrar y parir no tiene relación con lo que se produce.

Todo esto es relevante para pensar los derechos reproductivos porque nos deja entrever las razones de tantos fenómenos difíciles de entender si solamente aplicamos la lógica de lo evidente y de lo consciente en la reproducción. Es útil porque muestra que, en su complejidad, el deseo hunde las raíces en lo inconsciente y que su textura es la de la ambigüedad; que es necesario pensar en la dimensión del deseo para producir un con-

<sup>29</sup> Lacan, Jacques, *La ética del psicoanálisis*, El seminario número 7, Paidós, Buenos Aires, 1988.

cepto y un marco de los derechos reproductivos menos simplista y que represente una comprensión más profunda de lo que está implicado.

Lo que llamamos “efectos perversos” del deseo hace referencia a lo que solemos llamar “incoherencia” o “disonancia” entre lo que se dice (o se supone) que se desea y lo que ocurre en la experiencia. Más arriba hemos hablado de cifras y datos en relación con algunos fenómenos sociales; ahora recapitulamos y agregamos otros que hay para reflexionar en la línea del argumento que proponemos:

- elevadísimos índices de depresión post parto,
- índices alarmantes de abandono y de mortalidad infantil<sup>30</sup>,
- igualmente altos índices de mortalidad materna<sup>31</sup>,
- altísimo porcentaje de error en la utilización de todo tipo de medidas anticonceptivas,
- marcado fracaso de las políticas de control natal,
- índice altísimo de fracaso de las nuevas tecnologías reproductivas.

Si continuamos con el hilo de nuestro planteamiento según el cual hay que escuchar el deseo de las mujeres para comprender mejor lo que ocurre con la reproducción y con los derechos reproductivos, estamos diciendo que hay que mirar desde ahí los hechos señalados. ¿Por qué se deprimen tanto las mujeres que acaban de parir, si se supone que ellas deseaban tener un/a hij@? ¿por qué se abandonan y se mueren tantísimos niños si se supone que sus madres los quieren y les procuran lo necesario para su sobrevivencia? ¿por qué, si se supone que no se quiere un embarazo –la utilización de medidas anticonceptivas parecen indicarlo–, hay un embarazo? ¿por qué si las mujeres pobres se supone que no quieren tener hijos porque son una carga, tienen tantos niños? ¿por qué si las mujeres que recurren a las nuevas tecnologías reproductivas para lograr un embarazo imposible sin éstas –lo cual hace suponer que ellas quieren un embarazo–, casi nunca lo logran<sup>32</sup>?

En primer lugar, es fundamental romper la lógica que supone, automáticamente, que un embarazo o una criatura son la clara evidencia de un “deseo materno”. A partir de

---

<sup>30</sup> Se estima que para 2002 la tasa de mortalidad de México podría haber llegado a alcanzar un índice de 130 por cada 100.000 personas que nacen (World Health Organization, *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, 2001*, p. 35.). Estas tasas varían en las diferentes áreas rurales y urbanas de los distintos Estados y se agravan en los casos de adolescentes en donde la tasa de mortalidad en 1998 era de 70 por cada 100.000 nacimientos (Save the Children, *State of the World, Mothers 2001, A Report by Save the Children*, Westport, mayo de 2001, p.35).

<sup>31</sup> De acuerdo a la Secretaría de Salud, en México fallecen 1.400 mujeres por problemas relacionados con el embarazo y 40 mil niñas y niños mueren antes de cumplir los doce meses (Secretaría de Salud, Comunicado de prensa N° 022, 20 de febrero de 2002). El alto índice de mortalidad materna está relacionado con el problema de accesibilidad, oportunidad de intervenciones, costos implícitos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales (UNICEF México, *Programa de Mortalidad Materna, 2001*, <http://www.unicef.org/mexico/programas/mortalidad.htm>, visitada el 11 de junio de 2002); faltando el Gobierno entonces a su obligación de garantizar a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto. Aunque la Secretaría de Salud se había planteado disminuir la tasa de mortalidad materna en un 50 por ciento para el año 2000, hasta la fecha no lo ha cumplido (esto de acuerdo al boletín oficial del Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población, con el objetivo de cumplir con el compromiso internacional asumido en la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y Desarrollo del Niño, en la Cumbre Mundial en favor de la infancia. Citado en Silvia Magally, “Persisten altas cifras de mortalidad materna en México”, *Cimacnoticias*, 25 de febrero de 2002, <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02feb/02022503.html>).

<sup>32</sup> En una interesantísima investigación, la psicoanalista Silvia Tubert estudió a un grupo de mujeres que se sometieron a diversas técnicas de reproducción asistida. Su principal inquietud de investigación surgió de la evidencia del enorme porcentaje de fracasos en los procedimientos utilizados por las nuevas tecnologías de reproducción.

ahí, hay que cuestionar en distintas direcciones todos los supuestos asociados con la maternidad y con los fenómenos ligados a ésta. De este modo, surge una perspectiva distinta sobre éstos: los hechos que punteamos más arriba y que aparecen como contradictorios, no son más que la evidencia de que “el deseo manda”: es decir, de la fuerza del deseo y de su opacidad.

Por una parte podemos decir que si no hay deseo, por más novedosas que sean las tecnologías reproductivas, éstas no tendrán el éxito esperado; pero por el otro lado, la peor violación de los derechos reproductivos es la negación o la omisión del dictado del deseo que, además, puede ser una de las causas del fracaso de los anticonceptivos o de las políticas de control natal, así como ocurre con los altos índices de mortalidad materno-infantil. Estos fenómenos, entonces, serían vistos por fin como la expresión del desconocimiento del deseo de las mujeres que, bajo la presión del sistema de género que enaltece el ideal materno, les propone –de una manera naturalizada– una salida fácil a las angustias identitarias subjetivas. De esta forma, se encadena una fuerza difusa que pulsa en las mujeres a un ideal de género sobrecargado que, sin embargo, está destinado al fracaso produciendo mucho sufrimiento personal y tremendos conflictos sociales.

Particularmente, hay que pensar en las generaciones de mujeres jóvenes que, en el contexto de las turbulencias que el mundo globalizado ha acarreado en el terreno de las identidades –culturales, de género, religiosas, profesionales, etc.–, enfrentan unos jalones extremos al ver abiertas ante ellas, por una parte, las posibilidades de participación en todos los campos de la vida social que los movimientos feministas y de apertura democrática han impulsado durante el siglo pasado y que empiezan a dar sus frutos palpables; por otra parte, ven aún operando en la oscuridad de los ideales de género los señuelos ficticios de la autorrealización completa a través de una identidad de madres.

Paradójicamente, es en los días que corren cuando son más punzantes y difíciles que nunca las decisiones individuales sobre la reproducción; días en los cuales abundan el acceso a la información, a las medidas anticonceptivas, al apoyo por parte de diversos actores sociales que apoyan la libre elección, a la diversidad de creencias y opiniones, a ambientes mucho más tolerantes e inclusivos, a las nuevas tecnologías reproductivas, a las vacunas, medicamentos y tratamientos cada vez más efectivos para el tratamientos de enfermedades de transmisión sexual, a los avances en las legislaciones internacionales y de cada nación sobre los derechos reproductivos. Ya no son inevitables los embarazos, pero tampoco son suficientes las promesas y recompensas que los desgastados ideales de la maternidad ofrecían a las generaciones del siglo pasado. Veamos cómo aparece todo esto en el discurso de una mujer joven chilena que tiene la claridad para decir lo que significó para ella la realidad de la crianza de los hijos, lo cual es formulable solamente cuando ésta labor se mira descarnadamente, es decir, sin pretender ni poder ya sostener las ideas románticas de la maternidad. No obstante, se pueden observar también en este texto las ambigüedades que el tema desencadena y que se traducen en las frases que pretenden dejar fuera de duda que a l@s hij@s se les ama a pesar de todo:

“Difundir la verdad acerca de la crianza de los hijos constituye la mejor forma de prevenir el embarazo irresponsable. Corajudo testimonio en una sociedad en que el peor insulto para una mujer es ‘¡mala madre!’.

Las mujeres somos poco honestas. Tal vez por el temor al qué dirán, lo cierto es que si hablaran de lo que realmente significa ser madre, sería la mejor política de control de natalidad que podría haber, habría menos embarazo adolescente y muchas menos mujeres tendrían que aguantar el mote de 'madre soltera'. ¿Es que acaso eso es un estado civil que lo nombran tanto?

Lo cierto es que antes de ser madre yo tenía una concepción errada de lo que el término significaba. Me imaginaba como esas mamás de comercial de tallarines, regias, con niños lindos, un marido estupendo y una casa preciosa. Ah, y el perro de raza, por supuesto. Créanme que si hubiera sabido antes lo que me esperaba, habría salido corriendo.

La cosa es que luego de nueve meses de larga espera, en la que pasé por todas las etapas, sorpresa, enojo, negación, resignación y por último la felicidad extrema, me encontré con que la vida de madre no es tan linda como la pintan. En efecto, nadie le dice a una que hasta que el cabro o la cabra se emancipe, duermes cinco horas diarias (con suerte); que en vez de salir un viernes al cine te tienes que quedar repasando el lavado de la ropa y de paso maldiciendo al inventor de la plasticina y la témpera; o que ya la presentación personal no es la misma, la ropa siempre tendrá una manchita de comida, o un botón de menos producto del tira y afloje con el baby. Sin hablar del instinto atávico que tienen los niños cuando los van a dejar solos: mi hija, por ejemplo, es capaz de dormirse al lado de un taladro eléctrico en funcionamiento, pero basta el sonido del cierre de la chaqueta si alguna vez me escapo, para que abra los ojos y grite: ¡¡Mamaaaaaaaá!!

Otra cosa es la reacción de la gente cuando a una la ven afuera en vez de estar en casa acostada con el hijo o la hija. Desde que la Isidora nació he salido unas ocho veces (en casi dos años) y, de ellas, en cuatro oportunidades lo primero que me preguntan cuando me encuentro con alguien conocido es '¿y tu hija donde está?' Pucha, una se siente pésimo a pesar de que es joven y de que 'tengo derecho a rehacer mi vida', como dicen en la tele (aunque no es mi idea, aún) y se pregunta '¿qué estoy haciendo aquí?'.

Y ni hablar de los instintos cavernícolas que afloran cuando la situación se sale de los límites. Hay veces que los angelitos lloran y lloran y una no sabe qué les pasa; allá aparecen las abuelitas que con la mejor intención aconsejan 'déle agüita de apio' o 'ponga un plato boca abajo para que se le pase el hipo' o, peor aún, 'este niño está espiritado, llevémoslo al curita para que le haga algo'. Ya en ese momento una implota. Sí, dije implota porque todo tiene que guardarse una: las furias, las frustraciones para no ofender a alguien y no dañar la imagen de madre abnegada y amorosa que la sociedad te impone.

Un día llegué al trabajo sintiéndome muy mal. La noche anterior mi hija había llorado mucho; sólo se calmaba si la paseaba. Tenía un alto de trabajo atrasado, estaba con 10 kilos de más (ahora peso 53 kilos, envídienme) y había un montón de ropa de ella que lavar. ¿Saben qué era lo único que se me ocurría en esos momentos? Dejar a la Isi en la cuna y arrancar lejos, no consolarla, ni acunarla ni cantarle arrorrós, y llorar, llorar, llorar. Al otro día los remordimientos no me dejaban en paz

y se lo comenté a la Mariana, una compañera. Me contestó lo último que esperaba: 'Yo también me sentía así. Cuando las gemelas estaban recién nacidas y daban mucho que hacer me nacían unos instintos asesinos; lo único que quería era tirarlas por el balcón'. 'Y a mí me daban ganas de estrellar a la Carolina en la pared, con tal que parara de llorar', se escuchó una voz al fondo; era otra compañera.

Sin saber cómo, fueron saliendo en la conversación todos los miedos que enfrenta una mamá: de no cumplir con las expectativas de la familia, las personales, de no calzar con la imagen ideal de maternidad, de cómo una tiene que dejar de lado metas personales, hacer sacrificios en el plano profesional. ¿Conocen algún hijo de una mujer exitosa que diga que pasó suficiente tiempo con su madre o que está satisfecho con la relación que llegó a tener con ella? Mi madre, por ejemplo, es una mujer súper exitosa, de todas partes la llaman a dictar seminarios sobre su trabajo, y yo el principal recuerdo que tengo de ella en mi niñez es verla de noche sentada en la mesa del comedor con un alto de carpetas verdes y naranjas. Ahora que soy mamá la entiendo mejor, que el tema de alimentos, educación, etc. nos ocupa mucho a las madres profesionales, pero no quisiera repetir la experiencia con mi hija a fin de que después no se ande haciendo psicoterapia en internet, ni escribiendo artículos por ahí, je, je.

La comprobación que surgió en ese momento con mis compañeras de trabajo era lo poco que se hablaba del tema, de que nadie le cuenta a una que la vida personal se acaba fuera del horario del jardín infantil, de cómo estas sorpresas se van acumulando hasta acabar en un gran cansancio, y que a veces el gran amor que se siente por los hijos no basta para superar estos obstáculos.

Y ni hablar de los padres: brillan por su ausencia. Salvo excepciones, los hombres se dedican a su función de sementales y de ahí en mayor o menor medida se desligan de la situación, partiendo por los padres-fantasmitas que se hacen humo cuando escuchan la palabra 'embarazo', pasando por los que sí reconocieron a la guagua y que se limitan a pagar una miseria de pensión de alimentos, hasta llegar a los otros que estando casados duermen a pierna suelta mientras la mamá ve al crío, creyendo que el rol de padre es traer el pan de cada día a casa.

Es cierto que nadie nace sabiendo, pero las que ya han sido mamás podrían perder el miedo a contar lo que saben: que la vida con esos angelitos a los que adoramos, cuando no hay apoyo o real conocimiento de lo que significa, puede convertirse en una pesadilla e impedir disfrutar de un hijo, que a la larga es el mayor amor que una mujer puede tener. Por eso quise escribir esta carta abierta y ojalá generar diálogo en torno al tema"<sup>33</sup>.

Esta joven mujer plantea que uno de los factores que está en la raíz de esta manera de vivir la experiencia de la maternidad es la "poca honestidad" de las mujeres que la autora vincula con "el temor al que dirán". Agrega ella que si se hablara de lo que

---

<sup>33</sup> Varela, Carolina, "Cuando dan ganas de matar a los críos", Gran Valparaíso (Chile), en: Boletín electrónico *Tertulia*, mayo de 2003.

realmente significa ser madre, las políticas de control de natalidad serían un éxito y cambiarían las cifras que contabilizan la problemática de embarazo adolescente y de las mujeres que crían solas a sus hij@s. Pero notemos algo más: esta mujer se siente, de alguna manera, engañada: “si hablaran de lo que es realmente ser madre”, dice. ¿Quién habla de una manera falsa sobre eso? ¿por qué se falsea? ¿qué se esconde o no se dice? Podríamos sintetizar la mentira básica de la siguiente manera: no hay que saber por qué, solamente hay que obedecer el mandato de que toda mujer debe ser madre; a cambio no se ofrece más que la esperanza de que sea convincente otra obligación: la de que se amaré y cuidaré a l@s hij@s más allá de cualquier límite racional y a pesar de cualquier circunstancia. Y se añade: el juicio sobre tu existencia depende de que hayas cumplido.

Es así como podemos ver que no son las mujeres quienes no son honestas; son las sociedades, varones y mujeres, sus instituciones y leyes, quienes mienten al reproducir insistentemente un sistema de género basado en la desigualdad social entre hombres y mujeres para el cual es piedra de toque la idealización de la maternidad. Dichas mentiras son tan efectivas que han corrompido toda posibilidad de que se escuche otra cosa cuando las mujeres quieren saber sobre su deseo. Lo único que se escucha es aquello que permite seguir sosteniendo la mentira, lo demás se deja en el silencio.

### **Conclusiones. ¿He actuado en conformidad con el deseo que me habita?**

Las políticas sobre los derechos reproductivos, como parte de ese mundo discursivo que se produce en torno a lo que significa la reproducción, tienen que comenzar a abrir fisuras en las ficciones que componen dicho mundo; deben cambiar el lugar donde ponen el acento: en lugar de hacerlo sobre el aspecto individual de la salud y de la biología de las mujeres, hay que ponerlo sobre la responsabilidad colectiva de la reproducción social y sobre el deseo que alberga cada sujeto. Si esto se asume, la base de las campañas de difusión de los derechos reproductivos serían muy distintas y el éxito de las acciones que componen las campañas que promueven los derechos reproductivos sería mucho mayor. Ello porque, en primer lugar, tendrían que cambiar la manera en que se presenta la idea de la maternidad y el supuesto de que ser madre es algo en sí mismo positivo y ligado inevitablemente a lo real; y comenzaría a abrirse paso el concepto de que una mujer puede realizarse sin ser madre y sin tener que preocuparse por ello, al mismo tiempo que se construye una ética distinta que incorpore a la responsabilidad social en el terreno de la reproducción.

Creemos que sobre estas bases habría que incorporar la idea de que tener un hijo debe ser un acto responsable y reflexionado sobre la base de una ética que permita dar cuenta de la pregunta siguiente: ¿qué creo que lograré/tendré/seré/alcanzaré/conseguiré/ al tener esta criatura? No se podría negar que esta pregunta tendría, en la mayoría de las personas, las siguientes respuestas: a través de esta criatura conseguiré un estatus, un ideal, una identidad confortable, una pareja, un fácil mapa de vida, alguien que me cuide en la vejez, una idea, una familia, amor, respetabilidad, un/a hereder@, manos para el trabajo, la sensación de “haber hecho lo correcto”... Puede observarse que la constante en estas respuestas no tiene que ver con el nuevo ser que se pone en el mundo, sino que



éste aparece como un “medio” para lograr otros fines, lo cual tiene muchas consecuencias. No obstante, hay que aclarar que el hecho de que el/la hij@ no sea un fin en sí mismo no es ni malo ni extraño; tal como lo vimos más arriba, esto tiene que ver con la lógica del deseo y sus engaños. Lo que convierte esto en algo pernicioso es el atrapamiento de esa confusión en una trampa cerrada para las mujeres que sirve solamente para la preservación social del mito maternal a través de sus instituciones, saberes y de todos los medios posibles, para impedir que sea visto lo que realmente está detrás de la “decisión individual” de reproducirse.

Consideramos que mientras no se busquen nuevas vías para comprender el fenómeno de la maternidad de una manera profunda y global que trascienda los tradicionales lugares comunes explicativos de sus tensiones, los costos de la incompreensión seguirán siendo muy altos. Hasta ahora, los “saberes” respecto a la maternidad son profundamente ideológicos y han participado, de una u otra manera, en la legitimación y la naturalización de un sistema de género sexista e inequitativo con efectos sociales profundamente negativos; pero también con innegables efectos subjetivos igualmente conflictivos.

Sobre esta base es que se han creado figuras/estereotipo tales como las “madres desnaturalizadas”, las “malas madres” y otras, que se basan, en lo esencial, en la valoración de estas mujeres como carentes del “natural” –y por lo tanto esperado– *instinto materno*, y su derivación, el *amor materno*. Estas categorías ya han sido estudiadas y elaboradas como construcciones históricas que obedecen a necesidades sociales del contexto en el que surgen<sup>34</sup>, y tienen un peso importante en los fenómenos sociales relacionados con las mujeres, la infancia y los derechos reproductivos.

Queda por revisar la formulación misma de estos derechos; ¿cómo hablar de “autodeterminación reproductiva” o de “decisión libre y responsable” en relación con la reproducción, o de “decisiones relativas a la reproducción”, después de lo planteado en este ensayo? Es impostergable impulsar la investigación en torno a cómo los supuestos de género se entrelazan y dirigen la determinación, la libertad y la responsabilidad de los sujetos; de igual forma, cómo influyen sus decisiones relacionadas con la reproducción. Pero también, cómo dichos supuestos se han filtrado en la definición del concepto de derechos reproductivos y en las políticas públicas relacionadas con éstos. Es fundamental tomar en consideración la compleja dimensión del deseo y reconocer la necesidad de romper con las ficciones que encierra la construcción social de la maternidad, evidenciando los supuestos y los prejuicios de género.

<sup>34</sup> Badinter, Elisabeth, *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel. XVIIe siècle*, Champs Flammarion, París, 1980; Knibiehler, Ivonne, *Histoire des mères et de la maternité en Occident, Que sais-je?*, PUF, París, 2000.



## Referencias Bibliográficas

BADINTER, Elisabeth, *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel. XVIIe siècle*, Champs Flammarion, París, 1980.

CONAPO, *Situación actual de la mujer en México*, México, 2000; CONAPO, *La población de México en el nuevo siglo*, México, 2000.

ENRÍQUEZ, Rocío, *El crisol de la pobreza. Malestar emocional femenino y Redes de Apoyo Social en Mujeres Pobres Urbanas*, Tesis Doctoral no publicada, Ciesas Occidente, Guadalajara, México, 2002.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), *La situación de la población mundial: seis millones, el momento de tener opciones*, 1999.

INICIATIVA DE MATERNIDAD SEGURA, *Embarazo indeseado*, en: [http://www.safemotherhood.org/init\\_facts.htm](http://www.safemotherhood.org/init_facts.htm)

KNIBIEHLER, Ivonne, *Histoire des mères et de la maternité en Occident, Que sais-je?*, PUF, París, 2000.

LACAN, Jacques, *La ética del psicoanálisis*, El seminario número 7, Paidós, Buenos Aires, 1988.

LOREDO ABDALA, Arturo, *Maltrato en niños y adolescentes*, Editores de Textos Mexicanos, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Estimaciones ajustadas de mortalidad materna para 1990: una nueva estrategia para la OMS y el UNICEF*, 1996.

ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Actualización epidémica para 1998*.

PALOMAR, Cristina, "'Malas madres': la construcción social de la maternidad", en *Debate Feminista*, año 15, vol. 30, México, octubre de 2004.

PALOMAR, Cristina, "Género y maternidad: reflexiones desde el psicoanálisis", en: *Revista Universidad de Guadalajara*, número tres, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, febrero-marzo de 1996, p.33-38.

SAVE DE CHILDREN, *State of the World, Mothers 2001, A Report by Save the Children*, Westport, mayo de 2001.

TERTULIA, boletín electrónico, Guatemala, <http://www.la-tertulia.net>

TUBERT, Silvia, *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Siglo Veintiuno de España, Madrid, 1991.


UNICEF México, *Programa de Mortalidad Materna, 2001*; <http://www.unicef.org/mexico/programas/mortalidad.htm>, visitada el 11 de junio de 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, 2001*.



**El uso de las tecnologías y la configuración de nuevas relaciones de reproducción**

**Martha Celia Ramírez-Gálvez**



Martha Celia Ramírez Gálvez. Colombia/Brasil. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Estatal de Campinas UNICAMP, becaria del Centro Brasileño de Análisis y Planeamiento (CEBRAP) e investigadora-colaboradora del Núcleo de Estudos de Género – Pagu/UNICAMP (São Paulo, Brasil).

## El uso de las tecnologías y la configuración de nuevas relaciones de reproducción

Las llamadas Nuevas Tecnologías Reproductivas Conceptivas (NTRC) o Reproducción Asistida (RA) incluyen una serie de métodos médico-tecnológicos que posibilitan la realización de gestaciones que no acontecerían espontáneamente. En otras palabras, que colocan la intervención médico-tecnológica como condición para su ocurrencia. En este contexto, hablamos de RA para distinguir la concepción que ocurre en un laboratorio, con intervención médica y en ausencia de coito. Las técnicas usadas<sup>1</sup> más corrientemente son:

- La inseminación artificial.- Depósito de espermatozoides directamente en el tracto genital femenino (vagina, cuello uterino o cavidad uterina), mediante el uso de una cánula. El semen utilizado puede ser del compañero de la mujer o de un donante anónimo y la fecundación se da en el cuerpo de la mujer.
- La fertilización in-vitro.- Permite el encuentro entre óvulo y espermatozoide fuera del cuerpo de la mujer. *Grosso modo*, el semen es obtenido mediante masturbación y el óvulo mediante un procedimiento más complejo: el ovario es hiper-estimulado con el uso de hormonas para producir el desarrollo folicular y la producción de más de un óvulo. Una vez maduros, los óvulos son extraídos del cuerpo de la mujer mediante punción guiada por ultrasonografía. Los óvulos y espermatozoides de mejor calidad son seleccionados y colocados en un medio de cultura para que suceda la fecundación. Después de 24 o 48 horas de la fecundación los pre-embriónes son transferidos para la cavidad uterina.
- La inyección intracitoplasmática de espermatozoide.- Surgió como una alternativa para la infertilidad masculina, producida por bajo recuento de espermatozoides, anomalías de motilidad o por ausencia de espermatozoides. En el último caso, una célula precursora (espermátide) es usada para la fecundación. Un único espermatozoide o espermátide es inyectado directamente en el óvulo, mediante el uso de micro-manipuladores. Después de la fecundación, los pre-embriónes son transferidos para la cavidad uterina. Esta técnica requiere los pasos descritos en la fertilización in-vitro para la colecta de los óvulos.

---

<sup>1</sup> El proceso de reproducción asistida trae también el uso de otras técnicas complementares como el diagnóstico genético pre-implantacional. Otras técnicas como la maduración de gametos femeninos in-vitro, el trasplante de citoplasma o de núcleo se encuentran en fase experimental.

Estas técnicas fueron desarrolladas para superar la infertilidad, definida por la OMS y por la American Society for Reproductive Medicine como la ausencia de embarazo a lo largo de un año de relaciones heterosexuales no protegidas. Sin embargo, la infertilidad posible de ser superada mediante el uso de la RA ultrapasa su definición inicial y se extiende a otras situaciones en las que la dificultad reproductiva no necesariamente está dada por la alteración de una función orgánica/corporal. La demanda de RA por parte de personas célibes, mujeres en edad de menopausia, parejas de mujeres homosexuales o de hombres solteros y homosexuales (en países donde es aceptada la maternidad por sustitución) colocan una serie de cuestiones para la comprensión de este campo, así como para su regulación.

Pretendo puntuar aquí aspectos relacionados con la configuración de nuevas relaciones/estados reproductivos, a partir de algunos resultados de una investigación en la que me propuse describir la configuración y consolidación de la RA en Brasil, identificar los agentes de socialización y los mecanismos de producción de sentido de los nuevos modos de generación de la vida.

Para tal efecto fueron analizadas diversas fuentes y materiales: propaganda sobre RA, congresos de especialistas (médicos y psicólogas) en RA, medios de comunicación, pareceres del Consejo Federal y Regional de Medicina, boletines y revistas especializadas, literatura del tipo auto-ayuda producida sobre el tema, páginas electrónicas de clínicas y propagandas de laboratorios.

El campo reproductivo se ha configurado como esencialmente femenino debido a que la fecundación, la gestación, el parto y la lactancia se dan en el cuerpo de las mujeres. Comencé a investigar la reproducción asistida preguntándome qué sucede cuando parte del proceso reproductivo es trasladado de la alcoba al laboratorio, donde encontramos la participación de un equipo médico. ¿La introducción de un tercero (sea en la figura del/la donante, la clínica, el médico) produciría cambios en nuestra forma de regular la reproducción?

Inicialmente, consideré que el desarrollo tecnológico, al transformar el “modo sexual” de la reproducción, abriría posibilidades inestimables de libertad reproductiva, subvirtiendo el orden compulsivo de sexualidad heterosexual y reproductiva, anclado en una lógica binaria de género que suprime la multiplicidad de sexualidades que rompen con el modelo hegemónico presente en los marcos médico-jurídicos.

El potencial de trasgresión de esas tecnologías ha sido observado de diversos modos. Por un lado, autoras como Hérítier (1996), consideran que ese campo no trae nada de nuevo pues todas las sociedades, desde siempre, buscaron paliativos a la esterilidad, dada la idea estructural de preservar la transmisión de la sangre, el nombre/apellido. Para Hérítier, las posibilidades que pensamos como nuevas son encontradas y experimentadas en sociedades concretas, indicando la “falta de novedad en la historia de la humanidad”.

De otro lado, autoras como Strathern (1992, 1999) y Franklin (1997) apuntan a que los cambios en ese campo afectan nuestras ideas sobre parentesco y familia. También observan el potencial trasgresor de la RA, dado que colocan dilemas inexistentes, sobrepasan los esfuerzos para su regulación y demandan nuevas estructuras jurídicas para contener su potencial trasgresor. Uno de los aspectos señalados por estas autoras es la desestabilización del concepto de naturaleza. La asistencia a la producción de nuevas

personas desestabiliza el estatuto axiomático de lo natural que prevalece en la comprensión cultural de los procesos reproductivos. Los “eventos naturales” producidos tecnológicamente crean formas de relación que de otro modo o por otra vía serían imposibles, como sucede con la maternidad por sustitución o la donación temporal del útero, en la que se establece un vínculo de sangre entre la mujer que gesta y el bebé, pero donde no existe vínculo genético. Por otro lado, la fragmentación del proceso reproductivo –en el cual los gametos son de unas/os, el útero de otras y el deseo de otras/os– crea nuevos objetos y sujetos de intervención médica, jurídica y estatal.

Negar los cambios en este campo, como concibe Strathern (1999), tiene consecuencias políticas en la medida en que las prácticas más radicales pueden encontrar legitimación en el argumento de que todo puede ser hecho, pues al final de cuentas nada sería nuevo. También considero problemático aceptar las comparaciones descritas por Hérítier sin contextualizarlas en los sistemas sociales, normativos y simbólicos que posibilitan o no su existencia.

El uso de reproducción asistida por parte de mujeres lesbianas y célibes crea nuevos y posibles lugares de resistencia, al generar demandas que no se ajustan al modelo para el cual esas tecnologías fueron producidas: dar hijo a las parejas infértiles. Sin embargo, a pesar de haber en esos casos una extrapolación de esa intención inicial, nos quedan dudas sobre su carácter subversivo al considerar tres aspectos: la producción de un deseo/necesidad de descendencia consanguínea, la captación de ese deseo por parte del mercado y la cuestión del riesgo médico y del éxito de esas técnicas.

### **Producción de deseo**

El análisis de las narrativas transmitidas por los medios de comunicación masivos y por la Internet muestra que el universo de la RA es colocado al alcance de las/os usuarias/os mediante un discurso estandarizado acerca de la infertilidad y de las posibilidades de la RA. Es recurrente el apelar al deseo de hijos como un anhelo natural, cuya realización es un derecho al cual todas las personas tendrían acceso. En esas representaciones se alude a la desesperación de las mujeres, al sufrimiento causado por la falta de hijos para indicar los beneficios del uso de esas técnicas que posibilitarían el nacimiento de un “bebé milagro”. El mito moderno de la infertilidad apela a la emoción de la pareja, a la esperanza como una forma de presentar los logros médico-técnicos que proporcionan una obvia y aparente naturalidad a la capacidad de la ciencia y a la esperanza de la cura médica (Franklin, 1997).

Para permitir la realización del sueño de tener un hijo con la propia sangre, la tecnología promete superar cualquier obstáculo. El entusiasmo y la promesa, así como los intentos de las diversas clínicas para popularizar el “bebé de probeta” facilitan la aceptación pública y estimulan su búsqueda. Aspectos que se toman esenciales para su legitimación, también sustentada en convenciones tradicionales que evocan la concepción de hijos biológicos con material genético compartido, como básico para la formación de una “verdadera familia” y la experiencia de embarazo/maternidad como fundamental para la identidad femenina.

Marilena Corrêa (2001, 2003) aborda la problematización del deseo de hijos/as en la RA como un derecho reproductivo. Para esta autora, las cuestiones que surgen con estas tecnologías no pueden ser articuladas tranquilamente a la noción de derechos reproductivos. Destaco aquí sólo dos puntos de una discusión mayor. Uno de ellos se refiere a que la noción de derechos sexuales y reproductivos evoca la garantía de elegir prácticas sexuales y reproductivas *saludables*. Dadas las condiciones de baja eficacia y los altos costos y riesgos para la salud que pueden traer el uso de esas tecnologías, la autora cuestiona hasta qué punto ese campo puede articularse al significado dado tradicionalmente a tal noción.

Otro aspecto se refiere a la medicalización de la ausencia de hijos/as, con una actuación médica sin límites, prescriptiva del deseo de hijo/a biológico/a:

“A transformação do desejo em um direito a ser positivamente garantido por tecnologias reprodutivas e por assistência tecnológica poderia vir a anular o direito à não reprodução. A redescritção da ausência não desejada de filhos como direito à reprodução em nome do desejo de filhos poderia expelir o direito de se permanecer sem filhos, sem sofrer pressões por busca de tratamento” (Corrêa, 2003: 36).

## **Mercado**

El análisis acerca de la producción de sentido de esas formas de reproducción lleva a considerar el contexto actual en el que ellas son producidas. La presentación de las tecnologías se construye sobre la base de una supuesta ineficiencia de la naturaleza. Según los materiales analizados, solo 16 a 20 por ciento de las parejas “normales y saludables” tendrían posibilidad de embarazo en el periodo fértil. Esta baja proporción se ve además afectada por los cambios del mundo moderno: estrés, aplazamiento del proyecto de maternidad y mayor libertad sexual. Esta última aumentaría el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y de infecciones del aparato reproductor femenino que pueden causar infertilidad. En ese contexto, las tecnologías reproductivas son presentadas como un medio más rápido y garantizado para tener un bebé. El infalible “milagro” de la ciencia se haría necesario para dar un *help* a la naturaleza, llegando inclusive a superarla.

Los materiales analizados son reiterativos en justificar el uso de la RA, en función de los cambios del mundo contemporáneo. Es manifiesta una preocupación particularmente grande con la maternidad tardía, pues la naturaleza se estaría comportando de manera injusta frente al proceso mundial de aplazamiento de la maternidad, al cual la ciencia responde “devolviendo a la mujer el derecho reproductivo que el tiempo le robó”.

También se torna necesario pensar la consolidación de este campo en su relación con el Proyecto Genoma, con la exacerbación de la genética como definidora de características de personalidad, salud, habilidades y destrezas. La hegemonía de lo genético como modelo explicativo de enfermedades y cuestiones sociales trae implicaciones de orden económica, conceptual y política.

La fragmentación y objetificación, a través de la tecnología y de la práctica médica, expone el cuerpo al mundo del mercado, redefiniendo el valor social de las personas o de

sus partes, promoviendo formas de segregación basadas en el genotipo. Los genes se tornan objetos alienables que permiten remodelar y re-imaginar el cuerpo y los individuos (Sharp, 2000). Ese modelo explicativo niega factores sociales, ambientales y educativos en la determinación de las situaciones de los individuos y grupos. El desarrollo de la biología molecular como factor determinante en la reinención de la naturaleza constituye uno de los ejes que conducen a un nuevo orden económico. Esos desarrollos abren caminos para reformular atributos biológicos en función de ideas y deseos de las personas, generando un tipo de poder divino para seleccionar las características y el futuro biológico de las próximas generaciones.

También podemos observar, como indica Nelkin (2001), la inclusión de la familia y del parentesco como parte de las experiencias humanas no solo medicalizadas, sino también mercantilizadas. La asociación entre parentesco y salud y la noción de riesgo médico constituyen un buen negocio para compañías de seguros, así como para la proliferación de bancos de semen y de centros para realización de pruebas de ADN.

En países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra algunas clínicas ofrecen RA o servicios de "donación" de semen, exclusivamente para parejas homo. Por ejemplo, el sitio *Man notincluded.com* auxilia mujeres en la búsqueda de donantes. Sólo para obtener acceso al banco de datos y, eventualmente, escoger entre tres donantes, es necesario pagar *on line* cifras que oscilan entre 80 y 240 libras esterlinas.

Por otro lado, varias autoras observan en este movimiento la reificación de la importancia de la continuidad genética en la construcción de relaciones de parentesco. Entre parejas de lesbianas, la procura de donantes con el biotipo de la madre no-biológica remite, implícitamente, a una conexión biogenética entre las dos madres y el hijo/a. La continuidad genética, literal o simulada, constituye una fuente integral en las tentativas de proporcionar unidad a la familia lésbica (Hayden, 1995).

### **Riesgos/tasas de suceso**

Si observamos el tipo de intervenciones realizadas en la reproducción asistida vemos que, estrictamente, estas no constituyen tratamientos, dado que no procuran restaurar una deficiencia del cuerpo. Las técnicas sustituyen y terminan siendo en sí mismas la función, de tal forma que las mujeres parecen constituir extensiones de la tecnología. El uso de técnicas sofisticadas genera la necesidad de mayor asistencia, creando un ciclo de dependencia tecnológica, en el que la mujer y/o la pareja serían reducidas a la condición de proveedor/a de gametos, de materia prima para la transformación ejercida por otros.

El problema de ese círculo expansivo de asistencia tecnológica (poco democrático en la toma de decisiones y centralizado por los especialistas) es la imposición de regímenes altamente invasivos que pueden colocar en riesgo la salud de las mujeres. La hiperestimulación, mediante el uso de hormonas, puede ocasionar una diversidad de reacciones adversas, algunas aún desconocidas, e inclusive la muerte, en caso de presentarse el síndrome de hiperestimulación ovariana.



A pesar de la preocupación por los efectos, aun desconocidos, de estas tecnologías para la salud de las mujeres, algunos médicos especialistas animan a que se siga adelante con los experimentos, alegando que aún no se tienen resultados concluyentes.

En cuanto al éxito de esas técnicas se habla, en promedio, de 35 por ciento de probabilidad de que un ciclo tenga resultado positivo, sin referir el 65 por ciento de probabilidad de fracaso. Las tasas de éxito son dadas en forma bastante compleja, particularizadas para cada una de las técnicas, relativizadas en función de la edad de la mujer y usadas de diversos modos: tasa de gestación/transferencia, gestación/ciclo, fertilización, implantación, embarazo clínico, embarazo bioquímico, bebé en casa. En síntesis, son expresadas en términos complejos y confusos, o absurdamente simplificadas, como en los reportajes de diarios o revistas: “9 en cada 10 parejas brasileñas infértiles consiguen tener hijo con la ayuda de la medicina”<sup>2</sup>.

Para aumentar las posibilidades de tener un bebé, las tasas son expresadas también en valores acumulados. Es decir, de entrada se coloca la necesidad de disposición de la mujer y/o de la pareja para realizar varios intentos de RA, para asumir y correr el riesgo. Como indica Menegon (2003), mientras las mujeres, en general, no son incentivadas a correr riesgos en el campo de la aventura, lo son cuando se trata de la vida reproductiva. Culturalmente es aceptado, e inclusive esperado, un fuerte e “instintivo” deseo de maternidad –que puede bordear la obsesión–, que llevaría a enfrentar todos los obstáculos y riesgos encontrados en ese emprendimiento para alcanzar el anhelado hijo/a.

La centralidad de las decisiones, la ampliación del círculo de asistencia tecnológica, además de los efectos en la salud de las mujeres y en las futuras generaciones, configuran un panorama diferente de los intentos de inseminación artificial practicados por parejas de mujeres en el espacio doméstico. Probablemente estas últimas prácticas mencionadas tengan un carácter más subversivo, que se pierde en la apropiación de las mismas por parte de la biomedicina, que las someten a su propia lógica y a sus propias normativas. Al hablar de la apropiación de esas prácticas me refiero, entre otras cosas, a la domesticación o tradicionalización, por vía de estas tecnologías, de nuevas formas de organización familiar.

Las formas de reproducción independientes que esquivan el modo “natural” de reproducción y rechazan el modelo de sexualidad hegemónico, parecerían haberse anticipado a los dispositivos disciplinantes. Sin embargo, actualmente, la biotecnología se atribuye el control de su instrumentalización en sus propios términos.

Mediante el uso de biotecnologías, la definición de familia en los términos más tradicionales, es decir, de vínculo de sangre, se expande al parentesco por elección. Las parejas homo y las/os solteras/os pueden participar de la elección y gestación de su propia/o hija/o, desde que se adecuen a los términos del parentesco y la familia consanguínea. Como afirma Stone (2000), el deseo de maternidad compartida preserva la noción cultural de parentesco consanguíneo como ideal.

## Finalizando

Retomo la pregunta que fue formulada al inicio de mi investigación, acerca de los posibles cambios en nuestra forma de comprender y regular la reproducción introducidos por el uso de tecnologías reproductivas. Observamos que las tecnologías reproductivas conceptivas pueden, por un lado, socavar la estructura de parentesco tradicional, pero por otro lado, acaban reforzando modelos tradicionales de familias consanguíneas. En otras palabras, considero que el campo reproductivo, de hecho, ha sido resignificado mediante el uso de la biotecnología. Las demandas reproductivas de parejas homosexuales, así como de mujeres célibes traen nuevos elementos que extrapolan el modelo regulador de sexualidad heterosexual y reproductiva. Sin embargo, si se identifica una resignificación de la reproducción por esa vía, quedan dudas acerca de su carácter subversivo.

Al transferir la reproducción de la alcoba al laboratorio se observa el desplazamiento de las mujeres en este proceso y la apropiación de la reproducción por parte de la medicina reproductiva. Una captura del proceso reproductivo en el que la mujer pasa a ser un agente pasivo de habilitación realizada por el médico/la tecnología, generando un ciclo de dependencia tecnológica, y la necesidad de tratamientos y regímenes altamente invasivos, que pueden colocar en riesgo la salud, principalmente de las mujeres.

La biotecnología se atribuye el control de su instrumentalización atravesada por la confluencia de diversos intereses en un proceso de modernización conservadora que afirma valores en los viejos términos del parentesco y la familia consanguínea. La cuestión aquí no es negar que la ausencia involuntaria de hijos sea un problema para muchas parejas o personas. Lo que me parece más pertinente subrayar es que la solución médico-tecnológica de la infertilidad sea colocada cada vez más como una forma privilegiada y deseable, eclipsando otras formas alternativas como la adopción no de gametos y sí de niños/as.

Otro aspecto importante para la discusión se refiere a la necesidad de participación de diversos sectores de la sociedad en la regulación de ese campo que, en el caso de Brasil, parece ser auto-regulado por los propios pares. En los medios de comunicación los especialistas son los llamados a opinar y sustentar evidencias, monopolizando la perspectiva crítica. Entre ellos se critican, identifican puntos frágiles de unos que acaban promoviendo el nombre de otros.

Finalizo citando a Alejandra Rotania (2001, 2003), autora que considera esencial circunscribir el análisis de este campo en un contexto mayor de descripción y cuestionamientos del desenvolvimiento científico y tecnológico de las ciencias de la vida, por parte de la filosofía, las ciencias humanas y sociales; es decir, con participación de diversos sectores de conocimiento y de la sociedad:

“...É preciso enfatizar que ficando aquém do esforço de contextualização quanto à forma, ao conteúdo e à ética da tecnociência, a análise das novas tecnologias reprodutivas conceptivas [não] pode ser construída desconhecendo-se o fato da reprogramação da vida como projeto político vigente. As novas tecnologias reprodutivas conceptivas significam, em nível dos procedimentos médicos de ‘cura’ da esterilidade em sua complexidade crescente, passos prévios, portas abertas para a adesão acrítica, do ponto de vista do

sujeito ou da sociedade, ao projeto hegemônico, seja para sua sustentabilidade ou sua superação” (Rotania, 2003: 25).

## **Bibliografia**

BUTLER, Judith, “O parentesco é sempre tido como heterossexual?” en *Cadernos Pagu* (21), 2003, pp.261-280.

CORRÊA, Marilena, *Tecnologias reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites?*, Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_, Medicina reprodutiva e desejo de filhos, en: GROSSI, Miriam, Roseli Porto y Marlene Tamanini (comp.), *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*, LetrasLivres, Brasília, 2003.

DINIZ, Débora, “Tecnologias reprodutivas conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro”, en *Jornal Brasileiro de Reprodução Humana Assistida* 7 (3), 2003, pp.10-19.

FRANKLIN, Sarah, *Embodied Progress. A cultural account of assisted conception*, Routledge, Londres y Nueva York, 1997.

GROSSI, Miriam, “Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil”, en *Cadernos Pagu* (21), 2003, pp.261-280.

HAYDEN, Corinne P., “Gender, genetics, and generation: reformulating biology in lesbian kinship”, en *Cultural Anthropology* 10(1), 1995, pp. 41-63.

HÉRITIER, François, *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*, Ariel, Barcelona, 1996.

MENEGON, Vera, *Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida*. Tesis de Doctorado en Psicología Social, PUC/SP, São Paulo, 2003.

NELKIN, Dorothy, Comentario a FINKLER, Kaja, “The kin in the gene. The medicalization of family and kinship in American society”, en *Current Anthropology*, vol.24, N° 2, abril, 2001.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia, *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas, Unicamp, 2003a.

RAMÍREZ, Martha, “Questões e desafios decorrentes da fabricação de bebês”, en: GROSSI, Miriam, Roseli Porto y Marlene Tamanini, (comp.), *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*, LetrasLivres, Brasília, 2003b.

ROTANIA, Alejandra, *A celebração do temor. Biotecnologias, reprodução, ética e feminismo*, E-papers, Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_, “Novas tecnologias reprodutivas conceptivas no contexto da tecnociência”, en: GROSSI, Miriam, Roseli Porto y Marlene Tamanini, (comp.), *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*, LetrasLivres, Brasília, 2003.

SHARP, Lesley, “The commodification of the body and its parts”, en *Ann. Rev. Anthropol.* vol.29, 2000, pp.287-328.

STONE, Linda, *Kinship and gender*, Westview Press, Colorado, 2000.

STRATHERN, Marilyn, *Reproducing the future: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*, Manchester University Press, Manchester, 1992.

\_\_\_\_\_ "No limite de uma certa linguagem", en *MANA*, vol.5, N° 2, 1999, pp.157-175.

WESTON, Kath, *Families we choose: lesbian, gays, kinship*, Columbia University Press, Nueva York, 1991.



**El discurso bioético y la legitimación de las nuevas  
tecnologías reproductivas**

**Yanina Guthmann**



Yanina Guthmann. Argentina. Licenciatura de Filosofía de La Sorbonne, París 1. Actualmente cursa un Master en Ciencias Sociales en Sciences Po, París.

# El discurso bioético y la legitimación de las nuevas tecnologías reproductivas

## Introducción

Las nuevas técnicas de reproducción asistida replantean cuestiones del imaginario social relacionadas con el cuerpo, la sexualidad, las relaciones entre naturaleza y cultura, la diferencia sexual –y las configuraciones simbólicas que de ésta se derivan–, así como también replantean las respuestas de la filosofía, la ética, la ciencia, y otros discursos y prácticas sociales.

En este trabajo vamos a tomar sólo algunos aspectos que permiten, desde una perspectiva crítica feminista, repensar el rol de la medicina –y específicamente la medicalización de la reproducción–, y el rol que desempeñan en las últimas décadas la ética y la bioética, ante el desarrollo de las llamadas Nuevas Tecnologías Reproductivas.

En lo que atañe a la reproducción, la medicina es considerada un saber oficial. Sin embargo, es también:

“Un lugar privilegiado de conflicto político, en la medida en que el despliegue de tecnologías médicas puede satisfacer diversas preferencias individuales, servir a diferentes objetivos de investigación que conciernen al bienestar de las personas, a menudo sin relación directa con la enfermedad o la cura”<sup>1</sup>.

Desde esta perspectiva, la legitimación de las nuevas técnicas reproductivas pone de relieve que existen causas en nombre de las cuales el cuerpo y sus productos pueden ser explotados e instrumentalizados, así como pone en juego creencias, valores e ideas opuestas entre sí. Y es en este punto que el discurso bioético interviene colocando (o no) límites o condiciones, legitimando o impugnando dichas prácticas.

La bioética no es meramente una rama aplicada de la filosofía moral. Hoy ya se ha institucionalizado, aunque de manera dispareja, en los diversos países, mediante la creación de comités especializados de distinto nivel y alcance. Los comités nacionales, integrados generalmente por representantes de diversas disciplinas, en su amplia mayoría laicos,

---

<sup>1</sup> PICALET, Emmanuel, “De la bioéthique au conflit politico-médical”, *Actes des XVI èmes Journées d’éthique de Lyon*, 25 y 26 de enero de 2001, paru en 2003, p. 96.

regulan los hábitos científicos, las nuevas prácticas sociales y emiten sus dictámenes que son utilizados para fundamentar normas o leyes.

El discurso bioético respalda, a menudo, los “avances científicos” y despliega una ética del consenso que apunta a regular los hábitos y protocolos científicos; de este modo las nuevas prácticas de procreación comienzan a introducirse paulatinamente en el ámbito normativo. Acciones que recientemente eran ilegales dentro del dominio de la práctica médica y científica –manipulación y conservación de gametos y embriones, procreación (o concepción) de embriones in-vitro, destrucción de embriones excedentes, selección de gametos para su fecundación, etc.– comienzan a ser legitimadas.

En este trabajo analizaremos algunos ejemplos en los cuales el discurso ético legitima y acompaña la puesta en marcha de nuevas técnicas de reproducción, y explicitaremos algunos de los principales argumentos utilizados:

- I) la inexorabilidad de las prácticas de las nuevas Técnicas de Reproducción Asistida (TRA),
- II) la necesidad de no trabar ni demorar el progreso científico,
- III) la demanda irresistible suscitada por el denominado “deseo” de tener un hijo,
- IV) y, por último, la necesaria ampliación del campo y objetivos de la medicina.

Ante las preguntas ¿hay una ética?, ¿cuál es el rol de la ética?, ¿debemos hablar de éticas en plural? Hay respuestas diversas. Mencionaremos una que explica las intervenciones de algunos comités de ética. Para Gilbert Hottois,

“la ética debe acompañar los procesos de Investigación de desarrollo tecno-científico [...] y este acompañamiento no debe ser pasivo [...] para lograr este acompañamiento, es necesario creer en los procesos y no cuestionarlos en nombre de posiciones tomadas, conservadoras o reaccionarias, que operan en favor de valores ‘verdaderos’ onto-teleológicos detenidos en el pasado”<sup>2</sup>.

Se trata de la creencia ferviente de que el progreso técnico y científico es esencial para la marcha de la humanidad. Razonamiento que como bien sabemos es afín al pensamiento positivista de Augusto Comte, según el cual la creencia en el progreso técnico es asimilable a la fe religiosa.

¿Pero es acaso la única ética posible? En nuestra cultura la ética está vinculada a una visión del mundo, a valores que no pueden dejarse de lado cuando se trata de técnicas que intervienen y modifican procesos naturales, e involucran la vida y la muerte. La visión de Hottois privilegia el “saber científico” como si este estuviera más allá de toda



ideología sin asumir que es necesario analizar también la ética de la investigación científica.

Esta corriente de pensamiento opera en otro sentido, que es bastante corriente en los comités de ética: el de instituirse en dique de contención al oscurantismo, al pensamiento reaccionario de los conservadurismos a menudo fundamentalistas. Pero cabe preguntarse si, empeñados en esa lucha, los consultores de los comités no pierden a veces de vista algo que proclaman, que la misión de la ética y la bioética debiera ser el amparo y salvaguarda de los derechos de los seres humanos sometidos a nuevas técnicas y, particularmente, en defensa de los derechos reproductivos de las mujeres ante los abusos de las prácticas sobre las que deben pronunciarse. En este sentido, una ética feminista pone el eje en la autonomía y libertad de las mujeres. Dice Francesca Gargallo:

“La autodeterminación femenina y el derecho a disponer de nuestro cuerpo son principios de relevancia ética, pues es por ellos que el sujeto femenino se rescata de la objetivización del cuerpo-contenedor y adquiere conciencia de ser quien concentra en sí diferentes proyectos de vida [...] La ética feminista es por lo tanto una ética de la responsabilidad individual, que debe y puede influir en la ética del biólogo que trabaja en un laboratorio sobre un embrión. Para ello nos toca criticar el acercamiento tecnológico y no humano a los embriones de laboratorio y la falta de un gobierno social sobre las tecnologías reproductivas. Sólo asumiendo una conciencia del límite, los investigadores podrán sensibilizarse a la humanidad de los sujetos con quienes trabajan”<sup>3</sup>.

## El corpus

En este trabajo se presentarán ejemplos extraídos:

- de un dictamen del Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Técnica de la Argentina<sup>4</sup> (CECTE), creado en abril de 2001 y que emitió un dictamen en abril de 2003 sobre “Técnicas de reproducción asistida” a raíz de un pedido de la Cámara de Diputados de la Nación, que solicitó opinión sobre tres proyectos de ley que intentan regular los usos de las TRA;
- y de una selección de dictámenes del Comité Nacional de Ética de Francia (CCNE) y de sus miembros. Este Comité, creado en 1984, emitió numerosos dictámenes desde el momento de su formación.

Cabe señalar por otra parte que los dictámenes del Comité francés son citados en los del Comité argentino. En el análisis se incluyen también textos de médicos especializados en las tecnologías, de autoras feministas y de otros especialistas relacionados con el tema.

---

<sup>3</sup> GARGALLO, Francesca, “Nuevas técnicas reproductivas: el debate de las italianas”, en *Debate Feminista*, año 4, vol. 8, México, 1993, p. 98.

<sup>4</sup> Se eligió el Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Técnica por ser de incumbencia nacional. Pues si bien hay comités de bioética creados anteriormente, estos funcionan en hospitales y clínicas, atienden los derechos de los pacientes e intervienen en disputas entre estas instituciones, pacientes y familiares, o sea que su alcance es puntual.

## **1] El hecho consumado: lo inexorable de las TRA.**

¿Cuál es el rol de la ética frente al desarrollo de las TRA? EL CECTE sostiene:

“En el último cuarto del siglo XX se desarrollaron diversos procedimientos en el campo más complejo y sofisticado de la biomedicina, en particular las TRA (Técnicas de Reproducción Asistida) [...] casi un millón de niños nacieron como resultado del uso de estas técnicas que en algunos países europeos involucra alrededor del cinco por ciento de los nacimientos” (CECTE, p. 2).

Pareciera que la profusa divulgación de las prácticas y el éxito de algunas intervenciones médicas, las tornan incuestionables.

El Comité francés parte de similar observación:

“En la sociedad moderna la infecundidad es objeto de terapéuticas [...] implica el recurso cada vez más frecuente a técnicas de reproducción artificial” (Recomendación 3 del 23 de octubre de 1984).

Se verifica en muchos casos que estas nuevas técnicas existen y al no merecer cuestionamiento sólo se plantea su eventual regulación. Es decir que ambos comités dan cuenta de un hecho sancionado por las prácticas y, entonces, el objetivo de los comités deberá consistir en analizar las condiciones de aplicación de las técnicas pero no en discutir la legitimidad de las prácticas en sí. Más aún, el éxito de estas técnicas parece tornar innecesario todo cuestionamiento toda vez que es medido únicamente en sus logros y no en sus mayoritarios fracasos y sufrimientos; los que se minimizan al ser mencionados sólo tangencialmente.

Es muy ilustrativa la posición de los comités –argentino y francés– con relación a la manipulación de los embriones:

“El embrión fertilizado in-vitro (FIV) necesita ser implantado en el útero materno para llegar a convertirse en feto y luego en niño. Consecuentemente, se debe distinguir entre el embrión preimplantado y el embrión implantado en el útero materno [...] la condición de ser humano no se alcanza antes de la implantación del embrión en el útero” (CECTE, pp.5-6).

Y el CECTE agrega que dadas las condiciones actuales de la ciencia:

“La prohibición legal de la congelación pone a estas prácticas ante una eventual imposibilidad de desarrollarse” (CECTE, p. 7).

Se puede ver que al justificar esta práctica esta entidad parece no preocuparse por decidir sobre el estatus del embrión: el Comité no va más allá y se desentiende del tema puesto que este:

“Ha dado lugar a controversias entre diferentes concepciones con consecuencias jurídicas y éticas diversas, y que no es objeto el presente informe” (CECTE, p. 7).

Varios comentarios surgen de esta afirmación. Primero, cabe preguntarse en qué sentido el Comité considera que no debe pronunciarse sobre el estatus del embrión en una recomendación oficial sobre las nuevas técnicas de reproducción asistida, cuando uno de los grandes problemas éticos que estas presentan es justamente el estatus del

embrión; en particular en cuanto a las reducciones embrionarias (necesarias actualmente para evitar los embarazos múltiples). Segundo, ¿qué fundamentos teóricos encuentra esta distinción? Esta distinción permite al comité contraponer el carácter sagrado de la pareja madre-hijo (“es la unidad madre-embrión la que posibilita el desarrollo del embrión”, p. 5 CECTE) a lo que es técnico, artificial. Es decir, que el Comité acepta por razones pragmáticas y científicas una desviación del orden natural de las cosas creando embriones in-vitro; sin embargo, demuestra que mediante la reimplantación en el útero del embrión se logra la restauración del orden natural. El embrión queda de este modo desprotegido mientras está fuera del útero, es decir a merced de los científicos; aunque el Comité manifieste que el embrión preimplantado no es una “mera cosa” (CECTE, p. 13).

De este modo, la confesión de René Frydman, ginecólogo que junto con Jacques Testard, biólogo, lograron el primer bebé de probeta en Francia, es también muy significativa:

“[...] Me concedí junto a Jacques Testard el reanudar la transferencia de esos embriones congelados. Establecimos nuestras propias reglas de funcionamiento a la espera de la opinión del Comité Nacional de Ética y de Ciencias de la Vida, en consulta sobre estas cuestiones desde mayo 1984”<sup>5</sup>.

En otras palabras, en ausencia de una reglamentación particular aplicable a ese nuevo ser cuya concepción se autorizaban a sí mismos, los científicos fueron atraídos naturalmente por la posibilidad de usar los embriones como objetos de la experimentación. Y con ese objetivo crearon las reglas que les permitieron usarlos.

La distinción utilizada por el comité permite además plantear una de las grandes paradojas alrededor del estatus del embrión en los años setenta, cuando las feministas reclamaban el derecho al aborto mientras que Frydman y Testard preparaban el primer bebé de probeta. Para justificar este tratamiento discriminatorio de una misma práctica, se pudo argumentar que el embrión no alcanza estatus humano, no se convierte en “persona” –en el sentido jurídico del término–, más que cuando está en el útero de la madre en potencia, lo que le conferiría de ese modo su cualidad humana. En Francia, el Consejo Constitucional ha validado: “Una distinción que será fundamental entre los embriones in vivo, que tienen derecho al respeto debido a todo ser humano desde el inicio de su vida, y los embriones in-vitro que no se benefician de tal protección”. Esta distinción permite asegurar el control de las mujeres y la libertad de acción de los científicos. Se ve así cómo la determinación del comienzo de lo humano varía según criterios que dependen en mayor medida de la condición de los agentes de intervención que del grado de desarrollo de la vida.

En el caso de Francia, el derecho al aborto fue logrado en 1975 gracias a la ley Veil. En Argentina, en cambio –así como en la gran mayoría de los países de América Latina–, la situación es otra: el aborto ni siquiera es aceptado en el caso de las violaciones.

---

<sup>5</sup> FRYDMAN, René, *L'irrésistible désir de naissance*, PUF, 1986, pp. 34-35.

### **II] Un objetivo valorado por la “sociedad”: el progreso científico.**

El eje del segundo argumento es el “progreso científico” asumido como indiscutible.

La legitimidad o valoración de las experiencias se hace con relación al interés que representan para el progreso científico. Los imperativos morales absolutos, instituidos como interdicciones sin reconocimiento de excepciones, van a ser reemplazados por el interés utilitarista e instrumental del progreso científico, única verdad absoluta reconocida en esta materia.

Hay quienes expresan alguna inquietud. Citaré como ejemplo un pronunciamiento del Comité Nacional de Ética de Francia:

“El conjunto de las intervenciones que se llevan a cabo actualmente [...] inquieta a un número considerable de espíritus incluyendo los medios de investigación; con toda razón se preguntan sobre el valor del progreso que así se alcanza, sobre el riesgo actual y futuro del desarrollo de las procreaciones asistidas médicamente”. [...] (Dictamen 8 del 15 de diciembre de 1986).

Sin embargo prevalece la idea de que:

“‘Toda práctica científica y médica es un progreso en ciernes y que el discurso ético no debiera interferir’. Ese discurso puede comprenderse en el marco del imperativo técnico o tecno-científico: ‘hay que llevar adelante lo que es posible hacer, ejecutar todas las experiencias, todas las manipulaciones, actualizar todo lo que se pueda, desarrollar en toda su potencia las potencialidades del ser, de la materia, de lo viviente, de lo pensante’”<sup>6</sup>.

Frydman se pregunta: “¿Por qué me dirigí irresistiblemente hacia la fecundación in-vitro?” A lo cual responde: “Porque lo imposible merece ser transgredido y lo desconocido posee una formidable fuerza de atracción”<sup>7</sup>.

Vemos en esta afirmación el romanticismo de una aventura personal y heroica que en sí misma encuentra su sentido profundo. Ahora bien, la elección de la exploración ilimitada de los posibles y de su “libre” explotación no es de ningún modo un fenómeno cultural novedoso. Ya en el siglo XVII Francis Bacon escribía:

“El objetivo de nuestra empresa es el descubrimiento de las causas, y el conocimiento de la naturaleza íntima de las fuerzas primordiales y de los principios de las cosas, para extender el dominio del hombre sobre la naturaleza entera y lograr todo lo que le sea posible”<sup>8</sup>.

En esta utopía del saber se revela una cierta interpretación de la libertad de los modernos, como potencia en acto, en un crescendo indefinido. Para la posición tecnocrática, la vida humana al no ser más un don divino, un depósito sagrado ni un legado a

<sup>6</sup> HOTTOIS, Gilbert, “Liberté, humanisme...”, en: *Aspects éthiques de la philosophie de la technique*, Vrin, París, 1988, p. 88.

<sup>7</sup> CCNE pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Informe 1984*, La documentation française, París, 1985, p. 61.

<sup>8</sup> BACON, Francis, *La Nouvelle Atlantique* (1627) en F.Bacon, *Oeuvres philosophiques, morales et politiques*, traducción: Fr. Lasalle y J.A.Bouchon, París, 1836, p. 596.

respetar y transmitir, deviene simplemente un material que se administra, un conjunto de elementos manipulables, que pueden disociarse y recombinarse indefinidamente, según los deseos variables del hombre; es decir, de ciertos hombres dotados de poder decisorio. La técnica tiende a convertirse en un Dios sustituto que es Providencia. En ese progresismo minimalista, la concepción evolucionista del progreso tiene por exclusivo contenido el elogio del desarrollo técnico, que es presumiblemente bueno en sí mismo; más aun, cuando se presenta instituido como método de salvación.

Sin embargo constatamos que no toda innovación o descubrimiento es forzosamente un progreso. En lo que respecta a la fecundación in-vitro, podemos recordar a modo de ejemplo que los embarazos múltiples que representan normalmente el 1 por ciento, a consecuencia de la FIV se elevan a un 30 por ciento.

Y estos representan riesgos importantes para la madre y el niño. Frecuentemente hay abortos espontáneos, es decir partos prematuros. Estos riesgos provienen de la estimulación ovaria utilizada en la FIV. Una estimulación asociada, en algunos casos, al cáncer de ovarios (según estudios estadounidenses). Por otra parte, los descubrimientos de la epigenética muestran una gran incidencia en malformaciones en bebés nacidos de las procreaciones asistidas: síndrome de Beckwith-Wiedemann y síndrome de Angelman. Estos resultados y descubrimientos dan lugar a una polémica:

“A pesar de la rareza de esas complicaciones, los errores epigenéticos pueden presentarse más frecuentemente de lo que se reconoce”<sup>9</sup>.

Estas malformaciones serían debidas a la ausencia de control y de conocimientos sobre el líquido del cual se nutre el ovocito al ser extraído del útero. Además no se elabora ningún seguimiento médico ni se abre ningún legajo especial para los bebés que resultan de estas técnicas, lo cual no contribuye a desarrollar los estudios e investigaciones de seguimiento posteriores al nacimiento.

### **III] El deseo de tener un hijo: un deseo irresistible.**

#### **(Vigencia del mandato reproductor para las mujeres)**

Algunos piensan que:

“Los gestos que nosotros hacemos no son malos en sí mismos. No hay que juzgarlos como tales, sino en función de su finalidad”<sup>10</sup>.

“Las innovaciones técnicas ponen a nuestro alcance instrumentos para alcanzar objetivos antes desconocidos, pero no nos dicen nada sobre el carácter intrínsecamente bueno o malo del fin que depende de juicios encontrados entre sí, según las circunstancias históricas, del estatuto social de quien los discute, los intereses en juego entre las partes, y las doctrinas o filosofías o ideologías en las que cada uno se inspira”<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> MAHLER, Eamon R., Masoud Afnan y Christopher L. Barrat, “Epigenetic risks related to assisted reproductive technologies: Epigenetics, imprinting, ART and icebergs?”, en: *Human Reproduction*, vol. 18, p. 1.

<sup>10</sup> JACQUARD, Albert y Axel Kahn, *L'avenir n'est pas écrit*, Bayard, París, 2001, p. 186-187.

<sup>11</sup> BOBBIO, Norberto, “Progrès scientifique et progrès moral”, en *Cités 7*, PUF, París, 2001, p. 32.

Pero la finalidad ¿quien la define? ¿el varón? —es decir el padre—, ¿la mujer? —es decir la madre—, ¿la pareja? —es decir el modelo familiar—, ¿o bien la sociedad, la sociedad patriarcal?

Si es la sociedad la que decide, habrá que convenir en que no hay deseo libre, sino deseo fundado en la ley patriarcal, y hay mandatos sociales que inciden el deseo. Es para ocultar esto que se dice: las nuevas técnicas reproductivas tienen por objetivo satisfacer el deseo de tener un hijo, es decir provocar la llegada al mundo de un bebé, de un niño. Según Frydman,

“¿Quién podría negar la belleza, la magia de ese gesto? [...] lo fundamental —lo que cuenta— es el deseo de tener un hijo. Es el deseo que es permanente, sin fisura, aun cuando haya tomado un camino técnico en un momento dado. Lo esencial es que hubo amor en torno a ese deseo”<sup>12</sup>.

El deseo del hijo es asimilado al amor por el hijo. Es así como podríamos decir que el deseo de poder es amor al poder. Sin embargo no hay tal amor. Se ama al poder por lo que el poder representa. Y de igual modo se ama al niño por lo que representa. En función del valor simbólico que tienen ambos. Se fusionan amor y deseo en uno solo, arbitrariamente. Si se pretendiese que hubo amor en torno a ese deseo, como dice Frydman, debería hablarse de otro amor, del amor que es diálogo amoroso, relación amorosa entre padre-madre y niño.

En cambio, se pretende que un bebé FIVETE<sup>13</sup> no es quizás un hijo del placer pero es un hijo del amor, cualquiera sea la solución médica. Frydman ironiza:

“¿Quién podría certificar que no fue gestado en un campo de trigo en el mes de mayo-junio!”<sup>14</sup>.

Nuevo malentendido, clásico por otra parte, al confundir una relación sexual “natural” con una relación de amor. Sabemos que el simple deseo de tener un hijo, un descendiente, no implica necesariamente amor al hijo. Como tampoco la experiencia sexual, natural o artificial, puede presuponerlo. Al respecto es válida la observación de una periodista italiana, Miriam Mafat, sobre la ley en su país:

“Extraño país el nuestro donde en materia de ‘maternidad asistida’ todo es lícito, pero donde no se permite que una mujer sola adopte un hijo”<sup>15</sup>.

Entonces cabe preguntar ¿es el deseo de tener un hijo el que se trata de satisfacer realmente o son otros deseos los que merecen consideración? Como lo expresa María Jesús Izquierdo,

“La maternidad no puede ser una expresión de libertad si se desconoce qué nos lleva a desear, y qué deseo intentamos satisfacer, y si se desconoce el precio que pagaremos por satisfacer el deseo, y las renunciaciones que comporta”<sup>16</sup>.

---

<sup>12</sup> FRYDMAN, René, *L'irrésistible désir de naissance*, PUF, París, 1986, p. 86.

<sup>13</sup> FIVETE: Fecundación in-vitro y transferencia embrionaria.

<sup>14</sup> FRYDMAN, René, *L'irrésistible désir de naissance*, PUF, París, 1986, p. 86.

<sup>15</sup> Citado por DURAND, María Teresa y María Luz Salinas en SOMMER, Susana (comp.), *Procreación: nuevas tecnologías*, Atuel, Buenos Aires, 1996, p. 108.

<sup>16</sup> IZQUIERDO, María Jesús, “Ideología individualista y técnicas reproductivas”, en *Debate feminista*, año 4, vol. 8, México, setiembre de 1993, p. 74.

De hecho, sorprende la increíble y obstinada voluntad de sacrificio de aquellas mujeres que aceptan padecer los procesos de procreación asistida. Sin embargo, esta entrega no debería extrañar, porque un mandato social asumido exige y justifica sacrificios extraordinarios. Las configuraciones que conforman el imaginario cultural de la maternidad gozan de un gran poder, como lo prueba el gran número de mujeres que pueden constreñir su deseo a un deseo único. Al alcance de un único objetivo, el de tener un hijo, se desplazan todos los demás deseos. Sino, ¿cómo explicar la cantidad de mujeres que deciden de modo voluntario someterse a toda clase de riesgos a corto y largo plazo e intervenciones quirúrgicas? ¿y cómo interpretar el gesto –¿altruista?– de muchas mujeres donantes de óvulos para que otras mujeres puedan ser madres? Dice Verena Stolke:

“Quienes sufren las Nuevas Técnicas Reproductivas (NTR) en sus cuerpos somos nosotras las mujeres. Nosotras servimos de conejas de indias para la experimentación y la investigación que han producido estas nuevas NTR: son las mujeres las que son sometidas a procedimientos médicos, cuyas implicaciones no controlan, al servicio de una ideología clasista, sexista y por lo tanto racista que refuerza el papel históricamente subordinado de las mujeres como reproductoras, para los productores”<sup>17</sup>.

Es en los años 70, años de euforia por la liberación de las mujeres, que el “deseo de tener un hijo” entra en la escena pública de modo notorio; y no la abandonará por muchos años. Retomado por los médicos para satisfacer la demanda de parejas estériles, ese concepto provoca una confusión. Como lo expresa Gavarini,

[...] “los afectos y el inconsciente, ligados teóricamente a la cuestión del deseo, si se adopta el punto de vista psicoanalítico, son relegados la mayor parte del tiempo; se hace del deseo una elección voluntaria, que estaría enfocada a un objeto deseado, el niño, y que sería asumido por un proyecto parental contrariado”<sup>18</sup>.

El drama –en otras palabras la ausencia de hijo–, es la medida de la frustración de ese deseo. Claro que no se relaciona la frustración con el incumplimiento de un mandato impuesto. Se postula la frustración de las mujeres y no como debería decirse, la frustración del mandato patriarcal. Por ello las feministas se preguntarán con justa razón ¿qué frustración es aquella que la corporación médica viene a aliviar? ¿la frustración de qué y de quien?

Se comprueba que el “deseo de tener un hijo” se ha desplazado desde un objetivo de reproducción familiar socialmente valorizado, hacia un objetivo narcisista de realización personal, cuya programación es posible y plausible. La maternidad no es simplemente una relación privilegiada de la mujer con lo real a través de la reproducción y la gestación que tiene lugar en su cuerpo, la maternidad inscribe a la mujer como madre en un orden simbólico dado. Uno de los grandes artificios de esta argumentación es el olvido y, por lo tanto, la negación de la adopción (y particularmente de las medidas que la faciliten).

---

<sup>17</sup> STOLKE, Verena, “Las nuevas tecnologías reproductivas, la vieja paternidad”, en AMOROS, C., Beneria, L., Delphy, C., Rose H. y Stolke, V., *Mujeres: ciencia y práctica política*, Editorial Debate, Madrid, 1986.

<sup>18</sup> GAVARINI, Laurence, *La passion de l'enfant*, Editions Denöel, París, 2001, p. 132.



En otras palabras el género femenino interioriza (introyecta) la función de la maternidad, el deseo de tener un hijo, no en el sentido de la apropiación de un nuevo ser sino, más bien, como una vía de concreción de un deseo de realización que a la vez es concreción de un deber hacia su familia y la colectividad, y por consiguiente hacia sí misma.

La frustración del proyecto de un hijo se convierte en herida narcisista profunda, en el doble plano de lo imaginario y lo real:

“Frustración insoportable del deseo imaginario y privación real de un modo de realización de sí vivida como una plenitud indispensable, so pena de percibirse en situación de fracaso, de punto muerto en relación a una norma de masculinidad o femineidad”<sup>19</sup>.

La frustración es seguida por el deslizamiento hacia ese fenómeno corriente, digamos inevitable y consecuentemente considerado “normal”; lo que supone una interpretación patologizante. Si se considera las condiciones bajo las cuales hombres y mujeres son socializados, puede suponerse lógico que éstas últimas deban someterse voluntariamente a las procreaciones médicamente asistidas (PMA). Ahora bien, esta medicalización puede –contra lo esperado– agravar el problema y la frustración.

El CECTE en sus argumentaciones en favor de los derechos reproductivos, fortalece la vigencia del mandato reproductor: “Los derechos reproductivos aseguran la posibilidad de tomar decisiones libres y responsables para la conformación de una familia y de recurrir a métodos para superar el obstáculo de la infertilidad”. Recomienda, por último, que se “permita y regule la fecundación heteróloga para el efectivo cumplimiento de los derechos reproductivos” (CECTE, pp. 13, 20).

Finalmente, según el Comité francés:

“Estas prácticas de asistencia médica a la procreación pueden ser percibidas como una opción ventajosa frente a la adopción, porque ofrecen a la pareja infértil-infecunda la posibilidad de procrear [... con] las ventajas que un parentesco llamado biológico o genético tiene para la pareja” (CCNE, Recomendación 42).

Pero ¿en qué sentido la maternidad biológica es mejor que la adopción? ¿por qué razón el Comité se hace cargo de las preferencias de todos con tanta seguridad?

Los estudios antropológicos demuestran que sólo en nuestra cultura el parentesco se atiene a criterios tan biológicos, el “hijo propio”, mientras que en otros grupos humanos es más importante la organización social que se ocupa de la producción y educación de los niños. Luego surge una cuestión. En lo que respecta a la procreación artificial con donante ¿qué mecanismo interviene para que un material genético, parcial o totalmente extraño, se transforme, automáticamente, en hijo biológico de los padres receptores, sin cuestionamiento, sin mediación? Podemos observar que ese embrión parcial o plenamente extraño, se convierte en hijo biológico por el simple hecho de desarrollarse en el útero y/o atravesar el canal de la vagina en el parto. El deseo de tener un hijo parece ser más bien un deseo de embarazo.

---

<sup>19</sup> BOURDIN, Dominique, *Les jeux du normal et du pathologique, Des figures classiques aux remaniements contemporains*, Armand Colin, París, 2002.



Las evaluaciones tecnológicas de las procreaciones asistidas han desatendido la crítica feminista de esta técnica. Los problemas epistemológicos y políticos ligados a esta cuestión han sido enmascarados y ocultados bajo el término difuso de reproducción humana, como si el asunto de la diversidad de géneros hubiera estado zanjado de antemano. Podemos ver que las disputas que se ventilan entre los géneros son fundamentales respecto de esa técnica cuyos protagonistas no son el hombre y la mujer sino, insidiosamente, “la pareja” y el “embrión”, dos nuevas entidades jurídicas particularmente imprecisas. Esas técnicas producen sufrimientos, aun cuando respondan a un deseo, biológica y socialmente construido, de realizarse como mujer en la maternidad. De la patologización de la infertilidad, que deviene sinónimo de esterilidad, podemos considerar que una mujer sin hijo es una enferma. Y, además, si su esterilidad está ligada a una patología, a menudo se apela a las técnicas de reproducción asistida pero no se la cura.

Precisamente ese énfasis en lo natural de la función de procreación femenina hace que la procreación asistida sea considerada una técnica de supervivencia social para quienes serían “naturalmente deficientes”. Las mujeres se someterían a esas técnicas en nombre de la creencia en la pertinencia de un modelo determinado y de la necesidad de reconocimiento que sólo la maternidad podría otorgarles.

Los movimientos de liberación de las mujeres han contribuido a inscribir esa dignidad en su capacidad de autodeterminación y apropiación de su cuerpo, fuera del esquema patriarcal que les había atribuido una dignidad determinada por la Madrestra Naturaleza. Pero ese discurso de liberación fue seguido luego de la aparición de las técnicas de procreación médicamente asistida, por un discurso del riesgo, de la infertilidad, que ha funcionado psicológicamente como una limitación a esta libertad de reproducción o de no reproducción, de una sociedad que seguía siendo globalmente patriarcal. Puesto que la reproducción ha devenido asistida, la noción de libertad y de derechos reproductivos se debilitó, y fue vivida por ciertas mujeres como el precio a pagar para su liberación sexual. La misma noción de reproducción asistida es problemática desde una perspectiva de género pues oculta para todos que la biotecnología inserta en la reproducción humana toma el lugar reductor y esencialista que tenía hasta hoy la noción de reproducción natural. Además, por una parte el término de reproducción disimula el carácter de innovación del nacimiento, y por otra lo instala en el orden económico (dada su proximidad al término producción). Según Françoise Collin:

“ [...] Un niño, ‘si yo lo quiero’ puede en efecto comprenderse como una extensión del dominio del sujeto, una victoria sobre lo que era una fatalidad, pero también como la introducción de lo simbólico en un fenómeno hasta ahora reservado a la parte biológica de las mujeres. En cambio, el desarrollo de las tecnologías puede parecer tomar la posta de ese movimiento aumentando infinitamente la extensión del dominio: ‘Un niño, si yo lo quiero, incluso si no puedo’. Los ‘nacimientos milagrosos’ ya no se inscriben en el mito sino en lo real. La generación se transforma en fabricación. En el momento en que la fortaleza simbólica es amenazada, hay que modificar la materia. Muy pronto, el propio estado de naturaleza dejará de tomar partido por las madres”<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> COLLIN, Françoise, “La génération ou la face cachée de la démocratie”, en PINSART, Marie-Geneviève (coordinación científica), *Genre et bioéthique*, Vrin, París, 2003, p.167, p. 96.

Por revolucionarias que sean, las técnicas de procreación artificial se inscriben en las tradiciones médico-científicas, socio-políticas e ideológicas propias de las naciones occidentales. Fiel a una evolución que tiende a medicalizar cada vez más a la procreación, alcanzamos hoy un punto en el que ésta se vuelve de modo creciente cada vez más un fruto de decisiones e intervenciones médicas que la desplazan del dominio privado hacia el dominio público.

#### **IV] La ampliación del campo de la medicina, es decir de los objetos que la medicina abarca con fines terapéuticos.**

“Luego del uso y consumación del santo matrimonio vienen sus frutos preciados, que son los niños [...] esta gracia de la fecundidad que Dios nos concede a todos [...]”<sup>21</sup>.

Y consumación que acotamos, científicos sabios logran rectificar haciendo posible lo que supuestamente Dios “no quiere o dificulta”.

En las sociedades occidentales antiguas, la maternidad es el punto culminante de la vida de una mujer y, del mismo modo que en los casos de enfermedad, las mujeres recurrían a los santos para combatir su esterilidad: “La esterilidad de una pareja es una desgracia, a la cual en toda época se buscó remedio” (CCNE, Recomendación 18, 15 de diciembre de 1986). Según Jean Bernard, primer presidente del CCNE:

“La presión en favor del progreso en todos los casos de éxito técnico, resulta en primer lugar y antes que nada de lo que se llama la demanda, proveniente de los individuos [...] La oferta contrariamente a lo que han pretendido algunos políticos o sociólogos, preocupados por la economía y fieles a ciertos principios teóricos, no hace más que revelar la demanda, no la crea”<sup>22</sup>.

Ahora, si aceptamos que la demanda precede a la oferta de la técnica, queda por explicar por qué motivo la medicina debe responder a esa demanda. El Comité francés declara que

“No corresponde, pese a que (la infecundidad) no es una enfermedad, rechazar su tratamiento [...] esos pacientes tienen derecho a ser tratados y a solicitar la atención de los médicos” (CCNE, Recomendación 1, 22 de mayo de 1984).

Pero si la fecundidad no es una enfermedad, si una mujer sin hijo no está enferma, ¿por qué razón la medicina debe ocuparse de ella? Y, sobre todo, ¿por qué aplica técnicas no terapéuticas?

Memmi explica la extensión de la definición de la medicina:

“La inclusión decidida de esas prácticas en el área de competencia médica no se ha hecho sin dificultades para la definición social de ‘lo médico’”<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> DEVOS, Roger, *Pratiques et mentalités de Savoie au XVIII siècle*, en KNIBIELHER Yvonne y Cathérine FOUQUET, *Histoire des mères*, Montalban, Paris, 1977, p. 48.

<sup>22</sup> HÉDON, Bernard, René Frydman y Michelle Plachot, *Stérilité féminine et PMA. Progrès en gynécologies*, Doin éditeur, Paris, 1990, p. 48.

<sup>23</sup> MEMMI, Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Editions de la Découverte, Paris, 2003, p. 21.

La medicina –arte de curar, conjunción de un saber y una práctica cuyo horizonte común es la abolición de su propia forma en la cura de un paciente–, está todavía pensada a menudo como un conjunto de prácticas orientadas a una finalidad objetiva, que sería la salud; sin embargo, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de las Naciones Unidas establecieron que la salud reproductiva es “un estado de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias [...]”<sup>24</sup>.

En conclusión, tenemos la inclusión de la “dimensión psicológica” de las personas atendidas y tratadas en los establecimientos de salud y, de modo general, la sanitización de un cierto número de prácticas sociales por la legitimación subrepticia de los motivos para recurrir a los servicios médicos; en los que se pide que su urgencia sea expresada en términos psicológicos y sociales a los médicos y por parte de quienes la padecen:

“El dominio de lo médico sobre todo un abanico de demandas constituidas como ‘desgracias’ legítimamente remediadas se verifica por el hecho de que éstas podrían ser administradas por otras instancias. Ahora bien, esos problemas serán destinados al cuidado de personas más bien encargadas de asistir cuerpos. Se trata de especialistas de cuerpos no de almas, son médicos, no psicólogos. ¿Por qué? No hay aquí solamente un emprendimiento de medicalización de los problemas sino también problematización de lo que atañe generalmente a los médicos: el elemento corporal. El problema no es forzosamente médico, pero la solución lo es, porque generalmente el cuerpo se ve constituido en problema...[...] social o psicológico”<sup>25</sup>.

Por una parte, este sufrimiento. Por otra, los médicos exhiben una sensibilidad admirable ante el sufrimiento. Por ejemplo Jean Bernard sostiene:

“Hemos ponderado bien y comprendido el sufrimiento de las parejas estériles [...] hemos recibido un número importante de cartas, muy emotivas, que me han ratificado en esta situación”<sup>26</sup>.

Por lo tanto el médico es un garante de la libertad de sus pacientes desde el momento en que una actitud se concreta, es propuesta como una nueva religión, se transforma en obligación:

“Me atrae mucho más el menú a la carta que el menú fijo. Se trata de respetar al paciente que viene a consultar, de permitirle su expansión y no la del médico”<sup>27</sup>.

Frente a esta demanda sin límites, el médico está en una situación complicada y, entonces, Bernard advierte:

“El poder médico no aplasta al individuo y no conlleva ningún riesgo en particular si la libertad de elección y el rol de las instancias ordinarias y judiciales son respetadas;

---

<sup>24</sup> Organización de las Naciones Unidas, Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer, Beijing, apartado 94.

<sup>25</sup> MEMMI, Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Editions Découverte, París, 2003, p. 277.

<sup>26</sup> CCNE pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Rapport 1984*, La documentation française, París, 1985, p. 135.

<sup>27</sup> FRYDMAN, René, *L'irrésistible désir de naissance*, PUF, París, 1986, pp. 51, 52.

por el contrario protege al individuo contra el atropello administrativo y a veces, político" [...]<sup>28</sup>.

¿Cómo conciliar la protección del débil, y la libertad del fuerte, en el dominio de la procreación? ¿no es acaso el rol esencial de la profesión médica? En otras palabras:

"A partir de ahí aparece la tercera eventualidad, ni coercitiva, ni permisiva, eventualidad de compromiso o de equilibrio entre una responsabilidad razonable del poder público y un liberalismo igualmente razonable del comportamiento individual, equilibrio alcanzado gracias a la intervención del único tercero que tiene a cargo esa misión: el médico. Esta eventualidad es por otra parte la más probable, pues la solución permisiva evidentemente sólo lleva al caos y la solución coercitiva a la rebelión y de frente al compromiso, la única alternativa temible es la alternancia del caos y la coerción. Los ejemplos abundan"<sup>29</sup>.

Por un lado, la ampliación del campo de la medicina, del poder de los médicos. Por el otro, la ambigüedad del término infertilidad que autoriza la medicalización del problema. En este sentido, debemos subrayar la utilización del concepto de "infecundidad" y el de "esterilidad". Parecería que se hace un uso indistinto de las dos nociones. Ahora bien, según Gavarini:

"Un cierto dogma establecido por la demografía y la epidemiología pretendía que se reservase el uso de la noción de esterilidad para evocar la incapacidad definitiva para concebir y que se prefiriese la noción de infertilidad para designar las dificultades e incapacidades provisorias de procrear. Pero esas dos categorías se fueron acercando progresivamente, hasta confundirse, al menos en el lenguaje cotidiano. [...] Por otra parte, la Procreación Asistida se sumió en esa vaguedad semántica que presentaba quizás un interés nosográfico para el diagnóstico pero no contribuía para nada a clarificar lo que se estaba jugando en los tratamientos de infecundidad. Lejos de desdramatizar y de especificar los males de la no-concepción toda esta clasificación culminó en la asimilación de estas diversas categorías en un todo, tapizado por una palabra comodín: la esterilidad".

Por otra parte, podemos emitir la hipótesis según la cual el despliegue técnico científico que intenta controlar o canalizar una patología localizada por la medicina, produce a su vez la esterilidad. En efecto, hemos notado que la definición de esterilidad ha sido modificada progresivamente a medida de las posibilidades de las intervenciones médicas y de las nuevas demandas sociales que las NTR generan. Tras los dramas de los embarazos no deseados y los abortos clandestinos y en virtud del uso de la contracepción, se ha impuesto a la gente una concepción algo errónea del cuerpo femenino: la de un cuerpo hiperfétil. El riesgo de embarazo parece ser permanente e inherente a toda relación sexual. La contracepción ha difundido, incluso puede decirse instalado, en la conciencia colectiva representaciones biologicistas de la fecundación humana. Es así que H. Leridon (del Instituto Nacional de Estudios Demográficos francés) subraya "nunca antes la fecundidad ha

---

<sup>28</sup> HÉDON, Bernard, René Frydman y Michelle Plachot, *Stérilité féminine et PMA. Progrès en gynécologies*, Doin éditeur, París, 1990, p. 250.

<sup>29</sup> HÉDON, Bernard, René Frydman y Michelle Plachot, *Stérilité féminine et PMA. Progrès en gynécologies*, Doin éditeur, París, 1990, p. 250.

sido tan baja en los países desarrollados y sin embargo nunca ha sido tan vigorosa la demanda de asistencia médica para la reproducción. Las representaciones de la reproducción son cada vez más mecanicistas. En efecto, el esfuerzo contraceptivo (la última encuesta sobre contracepción revela que dos mujeres sobre tres entre 18 y 49 años usan un método contraceptivo [...] se comprueba que sólo el 2 por ciento de las que no quieren hijos no usan ningún método de contracepción) consolida la demanda, el consumo tecnológico y la delegación en especialistas y en la técnica. Hay pues una fuerte presión para el dominio total de la concepción por parte de las parejas: de un estado de infertilidad programada a un estado de fertilidad y luego de fecundidad controlada en el tiempo. Es indudable que se ha generado una nueva relación temporal en la programación de los nacimientos en la vida de las parejas, transformando profundamente sus prácticas. Y, consecuentemente, no parecieran anormales las “respuestas somáticas” negativas a la incitación procreativa por parte de las parejas programadoras.

Hay que tener en cuenta además que la demora de concepción luego del uso de la contracepción hormonal, en particular, es notoriamente más largo, como lo establecen estudios de investigadores estadounidenses e ingleses en los años 80. El uso de píldoras antiovlantes, según algunos estudios realizados sobre muestras, indican que podrían afectar la fecundidad de las mujeres en los meses siguientes a la interrupción de su uso. Asimismo, esos “retrasos” producen, por cierto, un sentimiento de infertilidad, una nueva patología ni fisiológica ni orgánica pero normativa, en el sentido que es el producto de nuevas normas de comportamiento hacia la reproducción.

Visto desde la perspectiva de las prácticas conyugales, la susodicha esterilidad es en efecto muy frecuentemente el simple resultado de un fracaso en la programación de un hijo. Se ha reforzado en el curso de los años el dominio de los comportamientos sexuales. La idea de planificación de los nacimientos cae en desuso, o cuando menos es insuficiente. Se trata de limitar todo azar y de elegir el momento de la concepción.

Cuando se etiqueta como “estéril” un cuerpo que no responde “al dedillo” a una norma de comportamiento y social, se finge creer que la procreación es un asunto de regulación biológica y que, al contrario, la infecundidad es una manifestación de desarreglo. Está claro que desde los años 80 existe un nuevo tiempo social de la maternidad. La infertilidad, por lo tanto, se ha ido apartando de una estricta definición médico-pedagógica para medirse con la vara de comportamientos sociales promedio o actitudes y percepciones subjetivas en relación con la procreación, siendo lo temporal uno de los componentes mayores.

## Conclusión

El recurso a las nuevas técnicas de reproducción aparece como una acción inscrita en un movimiento de más vasta amplitud: el que ha tendido a conferir a los individuos, y por su intermedio a los médicos, un mayor poder sobre sus cuerpos y en particular sobre la reproducción. Los individuos parecen dispuestos a recuperar su sexualidad, sus facultades reproductoras, su autonomía individual, cuando sus sufrimientos y deseos singulares son problematizados: “Pueden decidir su destino más libremente. Pero más aún, deben

hacerlo. No sólo pueden ser más autónomos sino deben serlo. Y al respecto no tienen elección”, observa Norbert Elias<sup>30</sup>.

Memmi explica:

“Hemos asistido a un desarrollo específico del proceso de individuación. [...] La individuación se manifestaría hoy en una obligación ardorosa a tener un dominio-poder individual en particular sobre ese campo. [...] El estado se ha montado sobre el discurso del dominio-poder al legalizar un cierto número de intervenciones sobre uno mismo aún si son controladas”<sup>31</sup>.

Y todas esas prácticas sociales presentan una constante: han preexistido largo tiempo en el seno del universo médico antes de recibir, no sin resistencia, una consagración jurídica.

Mediante el análisis de los argumentos y a través de las razones médicas, sociales y psicológicas que permiten acceder a la procreación artificial, descubrimos tres registros contemporáneos de legitimidad: la naturaleza (a través de la noción de esterilidad como patología), el sujeto soberano (a través la noción de “deseo de tener hijo”), y lo social con sus instituciones (la pareja heterosexual, la familia y el “deseo parental”, conceptos que aparecen claramente en los proyectos de ley argentinos y en las leyes francesas).

Por una parte, el proceso de individuación; por otra, la medicalización. En otras palabras hay un proceso de medicalización en el sentido en que hay ampliación de las competencias sociales de los médicos. Pero hay medicalización también en el sentido en que hubo explicitación de esta extensión de competencias. El juez tiende a hacer lugar al médico y el Estado delega su poder de vigilancia en profesionales liberales. Redistribución oficial de las competencias. Encontramos pues un redespiegue de la autoridad social sobre las conductas en beneficio de la razón médica. Es precisamente lo que ocurre en la administración corriente de las prácticas así como en la integración del CCNE, en la que dos tercios de sus miembros están vinculados a las prácticas de salud o son investigadores de biología. Y esta realidad, en el marco de una ética flexible, de moratorias y postergaciones legislativas, brinda fuertes posibilidades para que las palabras, los deseos y las necesidades de los médicos y biólogos sean escuchadas. Estas observaciones permiten una conclusión más bien triste: el movimiento bioético es en parte una moral de consenso progresivo en torno a las reivindicaciones de investigadores y médicos.

En ese sentido, corresponde al poder político equilibrar los intereses en juego (a menudo ligados a los grupos sociales de la biomedicina), buscando como finalidad la promoción de la salud de la población y el desarrollo de la investigación biomédica.

Sin embargo, el Estado no pretende definir autoritariamente las necesidades individuales, ni gobernar mediante un orden moral estatal las conciencias singulares. El respeto de las libertades fundamentales del individuo, luego de haber sido un medio de defensa de este último contra los poderes, se vuelve —en nuestras sociedades permisivas (socieda-

---

<sup>30</sup> ELIAS, Norbert, *La société des individus*, Fayard, París, 1991, p. 169.

<sup>31</sup> MEMMI, Dominique, *Les gardiens du coros. Dix ans de magistère bioéthique*, EHESS, París, 1996, p. 224.

des cuyos principios morales se ven relativizados)– el derecho del individuo sobre sí mismo, derecho a disponer de sí mismo y del otro sin otra reserva que su consentimiento.

El Comité argentino, en la emisión de su opinión sobre proyectos de ley que intentan regular los usos de las técnicas de regulación, menciona argumentos que promueven o se oponen a esos usos en una actitud aparentemente ecuánime y sin definirse terminantemente sobre esos usos. Uno de los argumentos es el informe de la OMS (2002) que contabiliza cerca de 80 millones de personas estériles en el mundo pero enfatizando a la vez que es en los países pobres donde es más difícil el acceso a servicios de atención y a las TRA. Al decir casi enseguida que la esterilidad es provocada mayormente en esos países por infecciones posteriores a abortos mal realizadas, el Comité debiera reconocer entonces que no es la dificultad de acceso a las TRA un problema prioritario a resolver y que en los países de la América en vías de desarrollo, estas nuevas técnicas no son tampoco la solución, como podría creerse.

Cita igualmente a la IV Conferencia Mundial de la Mujer de la ONU (Beijing 1995) que promueve la salud reproductiva de las mujeres (y que incluye el acceso a “métodos y técnicas que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas que les están relacionados”) y a la Conferencia de El Cairo que expresa que la atención implica, entre otros asuntos, la “prevención y el tratamiento adecuado de la infertilidad”. Pero no se hace mención alguna a qué métodos y técnicas se refieren esas conferencias que, por cierto, tienen poco que ver con las TRA. De esta manera, la inclusión de la CEDAW en la Constitución argentina según el CECTE “permitiría sostener que el derecho a la reproducción –aún con técnicas de reproducción asistida– está hoy amparado por el ordenamiento fundamental del Estado”; cuando es bien sabido que las recomendaciones de la CEDAW apuntan a las leyes y condiciones que entorpecen –y particularmente en los países menos desarrollados como los de América Latina– el conocimiento y acceso de las mujeres al control de su salud reproductiva; en el cual, por otra parte, las TRA no juegan ningún rol fundamental.

Consagrada por la intervención del legislador, la reflexión ética confunde, enturbia y enmaraña así la frontera tradicionalmente trazada por el liberalismo entre la esfera privada y pública. En efecto, la primera característica del liberalismo es la de considerar que los individuos deben tener la posibilidad de organizarse la vida como lo entiendan; es decir, de fijarse sus propios objetivos y de lograrlos por los medios que les convengan. La función de las leyes en ese contexto es de asegurar la protección de esta esfera en la cual cada cual puede conducirse como quiera, sin afectar los derechos de los demás; lo que implica que ellos delimitan la libertad de acción de cada cual, de modo que las distintas libertades puedan coexistir pacíficamente. El liberalismo, en este sentido, tiene un vínculo especial con el individualismo moderno. Se tiende a considerar de este modo qué hará cada cual de su cuerpo sin que la sociedad pueda imponer límites a todo el poder de sus deseos. Es decir, según Picavet, “se hace de cuenta como [si] la libre elección estuviera siempre en la órbita de lo puramente personal cuando en realidad siempre está en juego lo colectivo”.

Es notorio que en los países de América Latina los Estados no están en condiciones de asegurar tratamientos de TRA, lo cual excluye a la gran mayoría de las mujeres de esos países del acceso a esos tratamientos. Por lo tanto, comités y legisladores estarían legislando de modo discriminatorio sin proponérselo intencionalmente.



Hoy no podemos más dudar de nuestros poderes para controlar la vida, la procreación, la muerte, los genes, como también los de destruir la vida orgánica de la Tierra. El problema al cual debemos consagrar nuestra reflexión es el de saber si podemos utilizar esos poderes en esa dirección, o en otra. Se trata de un problema de primera magnitud que no puede ser resuelto recurriendo exclusivamente a los medios científicos. Y se trata de un problema muy grave, a pesar de ser categorizado de modo recurrente como problema secundario, no prioritario. Que en los países de América Latina no debe plantearse sin tener en cuenta el contexto económico y social.

## Bibliografía

### Informes oficiales

- Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología, *Recomendaciones sobre el proyecto de la comisión de Ciencia y Técnica de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación en torno a las Técnicas de Reproducción Asistida*, 21 de abril de 2003, <http://www.eticacyt.gov.ar/>.
- CCNE pour les Sciences de la Vie et la Santé, *Rapport 1984*, La documentation française, París, 1985.
- Organización de las Naciones Unidas, Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer, Beijing, 1995.

### Libros

- BACON, Francis, *La Nouvelle Atlantique* (1627) en F. Bacon, *Oeuvres philosophiques, morales et politiques*, traducción de Fr. Lasalle y J.A. Bouchon, París, 1836.
- BOURDIN, Dominique, *Les jeux du normal et du pathologique, Des figures classiques aux remaniements contemporains*, Armand Colin, París, 2002.
- ELIAS, Norbert, *La société des individus*, traducido del alemán por J. Etoré, ediciones Fayard, París, 1991 (Primera edición, *Die Gesellschaft der Individuen*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt-am-Main, 1987).
- FRYDMAN, René, *L'irrésistible désir de naissance*, PUF, París, 1986.
- GAVARINI, Laurence, *La passion de l'enfant*, éditions Denöel, París, 2001.
- GAVARINI, Laurence, *Les procréations artificielles aux regards de l'institution scientifique et de la cité: la bioéthique en débat*, Thèse de doctorat à Paris VIII, París, 1987.
- HABERMAS, Jürgen, *L'avenir de la nature humaine, vers un eugénisme libéral?*, Gallimard, Traducido del alemán por C. Bouchindhomme, París, 2002. (Primera edición: *Die Zukunft der menschlichen nature – Auf der weg zu einer liberalen Eugenik?* Suhrkamp Verlag, Frankfurt-am-Main, 2001.)
- HOTTOIS, Gilbert, *Essais de philosophie, bioéthique et biopolitique*, Vrin, París, 1999.
- HOTTOIS, Gilbert, "Liberté, humanisme...", en: *Aspects éthiques de la philosophie de la technique*, Vrin, París, 1988.
- ACUB, Marcela, *Penser les droits de la naissance*, PUF, París, 2002.
- JACQUARD, Albert y Axel Kahn, *L'avenir n'est pas écrit*, Bayard, París, 2001.
- HÉDON, Bernard, René Frydman y Michelle Plachot, *Stérilité féminine et PMA. Progrès en gynécologies*, Doin éditeur, París, 1990.
- KNIBIELHER, Yvonne y Cathérine Fouquet, *Histoire des mères*, Montalban, París, 1977.
- MEMMI, Dominique, *Faire vivre et laisser mourir, Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Editions de la Découverte, París, 2003.
- MEMMI, Dominique, *Les gardiens du corps. Dix ans de magistère bioéthique*, EHESS, París, 1996.
- SOMMER, Susana (compiladora), *Procreación: nuevas tecnologías*, Atuel, Buenos Aires, 1996.



## Artículos

- BOBBIO, Norberto, "Progrès scientifique et progrès moral", en *Cités 7*, PUF, París, 2001.
- COLLIN, Françoise, "La génération ou la face cachée de la démocratie", en PINSART, Marie-Geneviève (coordinación científica), *Genre et bioéthique*, Vrin, París, 2003.
- GARGALLO, Francesca, "Nuevas técnicas reproductivas: el debate de las italianas", en *Debate Feminista*, año 4, vol. 8, México, 1993.
- IZQUIERDO, María Jesús, "Ideología individualista y técnicas reproductivas", en *Debate feminista*, año 4, vol. 8, México, 1993.
- MEGONE Christopher, "Potentiality and Persons: An Aristotelian Perspective", en *Bioethics, Ancient Themes in Contemporary Issues*, editado por Mark G. Kuczewski y Ronald Polansky, The MIT Press, Londres, 2000.
- MAHLER, Eamon R., Masoud Afnan y Christopher L. Barratt, "Epigenetic risks related to assisted reproductive technologies: Epigenetics, imprinting, ART and icebergs?", *Human Reproduction*, vol. 18.
- PICAVET, Emmanuel, "De la bioéthique au conflit politico-médical", *Actes des XVI<sup>èmes</sup> Journées d'éthique de Lyon*, 25 y 26 de enero de 2001, París, 2001, pp. 119-136.
- STOLKE, Verena, "Las nuevas tecnologías reproductivas, la vieja paternidad", en Amoros, C., Beneria, L., Delphy, C., Rose, H. y Stolke, V., *Mujeres: ciencia y práctica política*, Editorial Debate, Madrid, 1986.

Impresión:  
**Editorial Línea Andina**  
Lloque Yupanqui 1640, Jesús María  
Telefax 4719481  
[gerencia@lineandina.com](mailto:gerencia@lineandina.com)  
[www.lineandina.com](http://www.lineandina.com)