




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

Ana Güzmes



Ana Gúezmes. 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”¹.

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 Reproductivos². Tal como lo planteó Roxana Vásquez³ 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 especialistas⁴.”

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

¹ 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.

² Memoria preliminar del seminario preparada por Ángela Freitas.

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

⁴ 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)⁵. 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 mujeres⁶.

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 seminario⁷. Hace unos años colaboré con este tema como revisora para la versión en español del libro “Nuestros cuerpos, nuestras vidas”⁸ 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 ambas⁹– 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

⁵ 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.

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

⁷ 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 antiracista 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. 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?

⁸ 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.

⁹ 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 enunciamos como movimiento, y las que son nombradas en primera persona desde nuestras experiencias como mujeres¹⁰.

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

¹⁰ 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 cuerpo¹¹.

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 futuras¹².

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 humanos¹³. Potter propuso una bioética interdisciplinar 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

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ 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 60¹⁴ 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 farmacéuticos¹⁵; 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*¹⁶, 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 campos¹⁷.

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 campos¹⁸.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

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

¹⁸ *Ibid.*

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 médica¹⁹. 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 reproducción²⁰.

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-

¹⁹ Reich, Warren T., “The ‘Wider View’: André Hellgeris 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.

²⁰ Ver mayor desarrollo de estas disputas en: Güezmes, 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”²¹. 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 cultura²². 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 apoyamos²³–, 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 aproximación²⁴. 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 deseos²⁵. Se evita así reducir el cuerpo a la biología. El tema “central” de muchos debates se cuestiona desde este lugar de enunciación y, así,

²¹ 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.

²² Gúezmes, 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.

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

²⁴ 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.

²⁵ 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 fundamentalismo²⁶. La ética feminista es una ética de búsquedas, de incertidumbres, de sospechas, de fugas²⁷, que dialoga con la propia experiencia de las personas. Propone pero no pretende tener soluciones totalizantes, estáticas y omnicomprendivas 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 tardío²⁸.
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

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

²⁷ Ver el sentido de la fuga en la última nota.

²⁸ 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"²⁹. 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 límites³⁰, 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

²⁹ 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.

³⁰ 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 espermatozoides, 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"³¹.

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 médica³² 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"³³, es a partir del Código de Nuremberg (1947)³⁴ 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 humana³⁵.

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

³¹ Collin, Françoise, "Tiempo natal", en revista *Letra* N° 33, 1994. Citada en Digilio, Patricia E. y Sandra Fodor (ver nota 29).

³² 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.

³³ 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.*

³⁴ 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.

³⁵ 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 mujeres³⁶, 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 maternos y no por las razones de igualdad³⁷. 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*³⁸, 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 despedamos 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 1990³⁹. 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-

³⁶ 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 tendrá una gran influencia en los debates feministas de la década de los 80.

³⁷ 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.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ 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”⁴⁰.

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 Latina⁴¹. 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 reproductiva⁴² 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”⁴³.

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

⁴¹ 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: Un desafio á prática e ás políticas*, Série Anis 29, LetrasLivres, Brasília, 1-18 de octubre de 2003.

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

⁴³ 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 niñas⁴⁴. 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 línea⁴⁵.

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 vulnerables⁴⁶. En esta línea, Gregor Wolbring⁴⁷, 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 ético⁴⁸ 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-

⁴⁴ 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.

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

⁴⁶ 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>

⁴⁷ 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.

⁴⁸ 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 Diniz⁴⁹ de una propuesta inicial para establecer límites morales al aborto eugenésico a una argumentación que promueve 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 deverão 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”⁵⁰.

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-

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

⁵⁰ Asch, Adrienne, *Diagnóstico pré-natal e aborto selectivo: Um 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, N° 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 multifactoriales⁵¹. 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 masculina⁵²–. 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.

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

⁵² 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 personas⁵³. Si no hay ley explícita, es común que se evalúe a

⁵³ 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 TRA⁵⁴.

Las patentes y el comercio genético⁵⁵

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 biológicas⁵⁶. 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 Ferry⁵⁷ –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 humanas⁵⁸.

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,

⁵⁴ 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

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

⁵⁶ 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

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

⁵⁸ 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 Convención⁵⁹.

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 donde 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-

⁵⁹ 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"⁶⁰.

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 –

⁶⁰ 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. 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 parágrafo 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”⁶¹; y en el parágrafo 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-

⁶¹ 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 Assistida*, 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"⁶².

⁶² Blank-Cereijido, Fanny, "Psicoanálisis y nuevas técnicas reproductivas", en: *Debate feminista* N° 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 social⁶³.

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.

⁶³ 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

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 conversando⁶⁴.

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, Brasilia, 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-CEREIJIDO, 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.

⁶⁴ 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%20nsitos%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. 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

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

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/dossiereproducaoassistida.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.