

Ausencia de políticas de salud del estado venezolano en materia de procedimientos de fertilización asistida: una mirada desde el género

Doris Nóbrega * y Marbella Camacaro **

RESUMEN

El presente artículo constituye parte de un trabajo más amplio, en el cual pretendemos presentar un análisis crítico desde la perspectiva de género, de los vacíos existentes en las políticas de salud del estado venezolano, en materia de procedimientos de fertilización asistida. Así mismo, exploramos los significados y las representaciones sociales subyacentes en relación con la categoría maternidad, que se encuentran presentes tanto en el discurso social como en el discurso médico; y exponemos una visión desde la perspectiva de género sobre las técnicas de reproducción asistida. Finalmente se hace mención a algunos lineamientos que actualmente se aplican en otros países, sobre políticas de salud dirigidas al abordaje de la infertilidad y de las técnicas de reproducción asistida. Además, se plantea la necesidad de apertura de un debate político que lleve a la regulación y legislación de todo lo relacionado con este tema de gran relevancia para nuestra sociedad en virtud del auge en el consumo de estos tratamientos, sobre todo a la vista de lo vertiginoso de los adelantos médico-tecnológicos y del gran poder económico asociado a la reproducción asistida en la mujer.

Palabras clave: Perspectiva de género, Infertilidad femenina, Políticas de salud

* Lcda. En Bioanálisis. Doctorando en Ciencias Sociales mención Salud y Sociedad, Universidad de Carabobo. Departamento de Ciencias Básicas, Escuela de Bioanálisis sede Carabobo. doris_nobrega@hotmail.com

** Doctora en Ciencias Sociales mención Salud y Sociedad, Universidad de Carabobo. Coordinadora de la Unidad de Investigación y Estudios de Género “Bellacarlla Jirón Camacaro”. bellacarlla1802@hotmail.com

Analysis from a gender perspective, about the absence of health policies of Venezuelan state on assisted fertilization procedures

ABSTRACT

This article is part of a larger work, in which we intend to present a critical analysis from a gender perspective, about the absence of health policies of the Venezuelan state, on assisted fertilization procedures. Also, we explore meanings and social representations in relation to the motherhood category, which are present both in the social discourse and medical discourse; and we exposed a vision from a gender perspective on assisted reproduction techniques. Finally, some proposals for health policy guidelines aimed at addressing infertility and assisted reproduction techniques in Venezuela, taking as reference the existing progress made in other countries, and the need for open political debate leading arises regulation and legislation everything about this very important issue for our society under the rise of consumption, especially in view of the spiraling medical-technological advances and great economic power associated with assisted reproduction in women.

Keywords: Gender, Female infertility, Health policy

Construcción socio-simbólica de la maternidad e infertilidad femenina: una mirada desde el género

La maternidad es la representación cultural más compleja que sobre el imaginario de la mujer se ha elaborado a lo largo de la historia del pensamiento occidental. Ésta es una categoría plena de sentidos, que ayuda a interpretar la representación de una serie de ideales sociales construidos

en su entorno, la cual no es una mera abstracción o una expresión lingüística, sino que se inscribe vitalmente en la experiencia de las/los individuos/os y determina las condiciones de su socialización como seres sexuados.

En este sentido, señala Cristina Palomar que

Plantear que la maternidad es una práctica cultural significa también relativizar los lugares comunes sobre ésta, ya que implica asumir, de entrada, que el significado que esta práctica tiene, está en estrecha relación con el contexto cultural, social y económico en que se realiza. Enfocar de esta manera al fenómeno de la maternidad vuelve a plantear la vieja y falsa oposición naturaleza-cultura, ya que las respuestas automáticas traen otra vez las mencionadas nociones sobre la “naturaleza” de las mujeres, el “instinto materno” y la “esencia femenina”. Los aspectos culturales solamente suelen asociarse, al analizar la maternidad, con la fenomenología que presenta, 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**¹. 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. (2005: 43-44).

¹ las negrillas son nuestras

Así, la representación de la maternidad (proceso mediante el cual nuestra cultura ha usado las prácticas significantes para producir un sentido determinado en relación con esta categoría) está determinada en el *Discurso Social* por una dominación simbólica, fruto de la materialización de las diferencias entre lo femenino y lo masculino, diferencias que se han arraigado desde lo biológico, centrándose en la función reproductora de la mujer. En este sentido, la función biológica de la reproducción adquiere en el orden simbólico que define a la cultura, un valor que remite a campos

semánticos complejos delimitados por articulaciones significantes y no a un objeto supuestamente natural.

Al respecto, reflexiona Silvia Tubert que

Durante tanto tiempo se ha concebido a la maternidad como una función de carácter instintivo, profundamente arraigada en la estructura biológica de la mujer, independiente de las circunstancias temporales y espaciales en las que tiene lugar, que nos resulta difícil reconocer que, en tanto fenómeno humano, **la maternidad es una construcción cultural**¹... esta identificación de la maternidad social con la reproducción biológica es el producto de un sistema de representaciones, de un orden simbólico que *crea* una ilusión de naturalidad, obturando el corte radical con su propia naturaleza, que la inserción en la cultura instaura en el ser humano. (1991: 49).

¹ las negrillas son nuestras

Podríamos sostener entonces que, la maternidad como práctica social, es un concepto construido a lo largo de la historia de la humanidad, formando parte de las representaciones sociales y culturales, que las/los sujetas/os elaboran a partir de una praxis cotidiana de una experiencia concreta que les ayuda a organizar y justificar el funcionamiento social. Así, históricamente a la mujer se le han asignado, incluso de forma mítica, binomios inseparables tales como que mujer es igual a madre, o que mujer es igual a familia, lo cual indudablemente ha influido en todas las esferas vitales femeninas, organizando su vida independientemente de cualquier condición, teniendo presente que, esta representación, lejos de ser un reflejo o un efecto de la maternidad biológica, es producto de una operación simbólica que asigna una significación a la dimensión materna de lo femenino y, por ello, es al mismo tiempo portadora y productora de sentido.

En todas las sociedades históricas conocidas, la maternidad ha sido considerada la condición femenina por excelencia, e incluso la misma esencia femenina. Sin duda, ha sido la capacidad biológica de procrear de las mujeres -las únicas que disponen de un cuerpo capaz de engendrar y

albergar a otro cuerpo- la que ha sustentado la permanente identificación entre feminidad y maternidad. A partir de esta equivalencia, la mujer ha sido presentada por los discursos dominantes como un ser unidimensional que sólo puede ser madre.

La capacidad de dar a luz es algo biológico; la necesidad de convertirlo en un papel primordial para la mujer, es cultural. En este sentido, Simone De Beauvoir (1977) ha señalado que la condición social femenina no es sólo un efecto de la diferencia sexual sino sobre todo una consecuencia de la socialización de las mujeres, que tiene lugar en todos los ámbitos de su vida cotidiana, entre los que destaca la maternidad. Para De Beauvoir, el lugar que «ocupa» en la sociedad la madre es un lugar de subordinación y de exclusión de la categoría sujeto social. A las madres se les impone una imagen restrictiva, privada de lenguaje, en la cual las mujeres no son sujetos. El rol maternal tiene efectos profundos en la vida de las mujeres, en la ideología sobre las mujeres, en la reproducción de la masculinidad, la desigualdad sexual y en la generación de formas precisas de poder laboral.

Las representaciones que configuran el imaginario social de la maternidad tienen un enorme poder reductor, en la medida en que todos los posibles deseos de las mujeres son sustituidos por uno, “*el de tener un hijo*”, en tanto que la maternidad crearía una identidad homogénea de todas las mujeres. La maternidad ha quedado enmarcada en una identificación con la feminidad, adquiriendo este proceso el rango de ideal cultural, proporcionando una medida común para todas las mujeres, que no da lugar a las posibles diferencias individuales con respecto a lo que se puede ser y desear. La identificación con ese ideal permite acceder a una identidad ilusoria que proporciona una imagen falsamente unitaria y totalizadora.

Se ha intentado adaptar a las mujeres a un ideal maternal asexuado, carente de deseo y de hostilidades, para adecuarlas a una perfecta relación filial que deben cumplir a la perfección si no desean ver peligrar su feminidad y su aceptación social. De ahí la necesidad de deconstruir los ideales para poder situar la maternidad en relación con la multiplicidad de deseos, opuesta a la identidad que imponen las sociedades patriarcales. Las

representaciones dominantes de la maternidad se desarrollan en relación a las construcciones políticas y sociales a su alrededor y mantenidas por el sistema de género que les subyace. Estas representaciones imponen una única forma de conceptualizar lo femenino, anulando otras posibles definiciones de lo que significa ser mujer. El resultado es la equivalencia de que “*toda mujer equivale a una madre*”. Esta imposición tiene una serie de consecuencias muy negativas para las mujeres, entre las que destaca el reduccionismo de la definición de la identidad femenina como función maternal.

Ahora bien, es necesario considerar que las mujeres han ido modificando sus prácticas y su *lugar/estar* en el mundo. Las estadísticas son elocuentes y nos muestran las variaciones en cuanto a prácticas personales y sociales que han ido realizando mujeres en diversos ámbitos. La maternidad es uno de los aspectos de la vida de las mujeres urbanas que más drásticamente ha cambiado durante la segunda mitad del siglo XX. Esta transformación se relaciona con el logro de igualdad jurídica para la población femenina y su ingreso a la esfera pública, la creciente urbanización, la expansión de los servicios públicos (escuela y salud), el alargamiento de la esperanza de vida gracias a los adelantos en la medicina antibacteriana y el descenso de la fertilidad debido a la expansión de métodos anticonceptivos modernos. En la actualidad las mujeres, tienen menos hijos y viven más tiempo.

Por otra parte, el tiempo dedicado a la maternidad es también menor en la vida cotidiana de las mujeres porque los hijos pasan buena parte del tiempo en la escuela y las tareas domésticas han disminuido con la expansión del mercado de consumo. En suma, el proyecto de vida de la población femenina ya no se identifica exclusivamente con el rol de reproductora y socializadora. Estos cambios estarían rompiendo con la ilusión de la existencia de una identidad femenina que unía a todas las mujeres y se anclaba en características naturales y roles sociales específicos tales como la crianza de los hijos. En la actualidad el trabajo, la participación política, la relación de pareja y la búsqueda personal cobran importancia creciente y compiten con la maternidad.

Cuando se habla de cambios en los patrones de la maternidad, a menudo sólo se tiene en cuenta el retraso de la edad del primer hijo y la reducción del número de hijos que las familias finalmente tienen. Pero la maternidad no sólo se pospone, sino que su ejercicio cada vez entra más en disonancia con el patrón de la maternidad «intensiva», propia de la familia tradicional y que, como su nombre indica, concibe el papel de la madre a partir de una gran dedicación a los hijos en términos de tiempo; asumiendo que es ella quien mejor puede ocuparse del cuidado de los hijos.

En consecuencia, los discursos que contenían la definición de maternidad se han ampliado y diversificado de manera tal que muchos de ellos entran en contraposición con las definiciones que fueron corrientes hasta hace muy poco tiempo. La definición de maternidad ha dejado de ser coherente, articulada alrededor de su asociación a la pureza y la virtud, núcleo del hogar, responsable de la formación de los hijos y baluarte moral de la nación. Hoy, este discurso se encuentra enfrentado a otros que lo cuestionan y a prácticas y cambios en ciertas instituciones que la llevan en otra dirección.

Pero si bien el papel de la mujer en la sociedad ha cambiado, así como sus expectativas y aspiraciones, el mito de la maternidad sigue estando bien arraigado en el imaginario colectivo de las mujeres, pese a su inoperatividad en la práctica cotidiana en muchos casos. El dilema ante aspiraciones incompatibles genera un fuerte sentimiento de frustración, estrés, angustia y culpabilidad.

Asumiendo entonces, que el peso de la cultura es influyente en la construcción de la identidad de las mujeres y reconociendo que la particular historia psíquica y familiar de la mujer, es condicionante en el deseo consciente o inconsciente de ser madre o de tener hijos, cabe preguntarse, ¿qué sucede con este ideal de maternidad, cuando una mujer está físicamente imposibilitada para procrear hijos, es decir, cuando es infértil?

A nivel colectivo suele prevalecer el criterio de que la infertilidad obedece a causas de origen femenino, como si la concepción de un

embarazo fuera responsabilidad exclusiva de las condiciones biológicas femeninas. Téngase en consideración que la sinonimia establecida entre mujer infértil y mujer vacía, parte de la condición de madre que se espera de toda mujer, papel asignado y “asumido para y por la hembra humana a quien le corresponde reproducir la especie”, lo que socialmente y desde la pareja es además garante de estabilidad familiar y vital para la no disolución de la vida en pareja. Al interior de la pareja esto puede conducir a crisis tanto en el orden emocional como psíquico y sexual, lo que puede resultar en una relación de pareja disfuncional, cargada de culpas y en muchos casos contaminada con relaciones extramatrimoniales, sobre todo para el hombre que busca la reafirmación de su condición viril. Todo ello refuerza que, desde la propia pareja, sea la mujer quien sienta mayor responsabilidad en la búsqueda de atención y su seguimiento, así como que la infertilidad se visualice como un evento femenino, aun cuando sea masculina.

Desde esta visión amplia y compleja de la infertilidad femenina, es necesario comprender el proceso de la reproducción y la centralidad de ésta en la sociedad, así como la necesidad de su control por parte de las instancias que detentan el poder, ya que está en juego a través de cualquiera de sus componentes la perpetuación social. La reproducción humana no es un fenómeno meramente biológico, sino que es una actividad social, que está determinada por diferentes condiciones políticas, materiales y socioculturales, que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significación a todos sus elementos como son el embarazo, parto, puerperio (e incluso el control de la infertilidad), produciendo en consecuencia determinadas ideologías de la maternidad.

Discurso médico y tecnologías de reproducción asistida: una visión con perspectiva de género

Este discurso socio-simbólico patriarcal al cual hemos hecho mención en la parte anterior, permea y alimenta otro discurso hegemónico patriarcal como lo es el *Discurso Médico*, el cual a su vez se superpone al discurso

social de la maternidad, atravesándolo completamente en un juego bidireccional que es permanente, es decir, ambos discursos (social y médico) van de la mano en la construcción de las representaciones sociales de la categoría social maternidad.

En este sentido, haremos mención a varios señalamientos de la autora Daisy Camacaro (2007):

...el discurso médico, desde la antigüedad hasta nuestros días, ha hecho de la vida reproductiva de la mujer su campo de batalla; manteniendo el control de la sexualidad femenina...

...En el andamiaje del discurso médico, toda la armazón fue y será el sometimiento de la mujer; nuestro destino quedó marcado por nuestras características bio-físicas. Históricamente, el discurso médico se convirtió en el arma más poderosa para legitimar los prejuicios sociales y observaciones hechas de la naturaleza en una verdad científica. Este paradigma, construido por hombres y atendiendo a los intereses del sistema patriarcal, fue ejerciendo su poder hegemónico, impuso su visión androcéntrica y se convirtió en un discurso victorioso hasta hoy...

... el discurso médico patriarcal delimitó el territorio, ancló su bandera y colonizó el cuerpo de la mujer; construyendo nuestro género desde su perspectiva...

Así, para el Discurso Médico, dueño de las decisiones sobre el cuerpo femenino, se impone la medicalización de cualquier aspecto relacionado con su capacidad reproductiva. De allí que en ese juego bidireccional perverso que se ha mantenido en el tiempo entre el discurso social y el discurso médico, se imponga una especie de pacto entre la cultura y la ciencia para el sometimiento del cuerpo de la mujer, y para el caso que estamos planteando, como lo es la infertilidad femenina, esto no ha sido la excepción.

La infertilidad ha sido definida por el modelo biomédico hegemónico tradicional como “una enfermedad del sistema reproductivo” en la que una pareja, hombre y mujer, no logra un embarazo luego de un año o más de mantener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Ha sido precisamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) la encargada de reconocer a la infertilidad como una “enfermedad” en el entendido de que la salud de las personas afectadas, así como su entorno familiar, se ven seriamente dañadas.

Hasta hace poco se consideraba clásicamente que existía entre 60 y 80 millones de parejas infértiles en todo el mundo. Incluso se mencionaba que la infertilidad alcanzaba una prevalencia de 17%. Sin embargo, en los últimos años estas cifras se han incrementado. De hecho, en la actualidad la infertilidad afecta a una de cada seis parejas, sabiendo que del total de casos de infertilidad que se presentan, el 40% se atribuyen a problemas en la mujer, 40% a problemas en el hombre y el 20% restante a ambos. Latinoamérica, y particularmente Venezuela, no escapan a esta realidad, aunque existe poca información sobre este particular.

De allí el auge en el consumo de cada vez más y novedosas técnicas, que permiten a este poder médico controlar “tal enfermedad” a través de diversos procedimientos de fertilización asistida, de los cuales las principales consumidoras y en consecuencia las más afectadas son las mujeres, aun a pesar de que no sean ellas quienes manifiesten “el problema de infertilidad”.

En este sentido, señala Dora Cardaci

... la reproducción asistida convierte el cuerpo de la mujer en territorio de experimentación y se denuncia como un mecanismo más de sumisión de las mujeres a su destino biológico. La búsqueda de esos tratamientos por las mujeres se explica como resultado de la ideología patriarcal. (2011: 246).

Ahora bien, como fenómeno social, y visto desde la mirada del género, abordar parte de las dimensiones culturales de la infertilidad y de las técnicas de reproducción asistida, pasa por tres argumentos: el primero de ellos, es la parte de la reproducción socialmente determinada, esto es, la procreación que da pie a la construcción de parentesco y que determina tareas entre los géneros; en el segundo argumento, se reconoce que si bien la reproducción socialmente determinada es un hecho que se tiene que cumplir, entonces es el cuerpo que pasa a ser la máquina de dicha reproducción, por lo que el cuerpo juega un papel básico y específico.

Cuando el cuerpo, por condiciones fisiológicas, como puede ser la infertilidad, no cumple con lo socialmente esperado, es sometido a diversos estudios y tratamientos ya sean alópatas o alternativos. El tercer argumento, tiene que ver con el sistema de género, pues culturalmente a la mujer se le ha impuesto que su papel natural y principal en la sociedad es la maternidad. De allí que al conjugar estos argumentos se determina el comportamiento tanto en el discurso social como en el discurso médico, de lo que implica la infertilidad, especialmente para la mujer.

El discurso biomédico parte de una visión del cuerpo como máquina, por lo que ante la imposibilidad de concebir “naturalmente” en virtud de un “cuerpo imperfecto”, plantea la posibilidad de repararlo. El interés de considerar el discurso médico de la infertilidad, se sustenta en el propósito de tener antecedentes de cómo han sido entendidos y manejados los problemas de infertilidad en el campo médico, y cómo este pensamiento médico no sólo se reproduce en su ámbito, sino que a través de la relación médico-paciente se transmite la percepción “científica” al resto de las personas (usuarias/os), influyendo en el comportamiento de éstos últimos dentro del sistema salud-enfermedad-atención. Es decir, se da una “conciencia médica generalizada”, difundida en el espacio y en el tiempo, ligada a cada existencia individual, pero al mismo tiempo a la vida colectiva de la sociedad. Esta conciencia es lo que hace posible que la falta de un hijo se perciba como “enfermedad” y se pida una solución al cuerpo médico.

Silvia Tubert hace diversos planteamientos en este sentido, de los cuales señalaremos especialmente por el tema que pretendemos abordar, los siguientes:

...Las nuevas tecnologías reproductivas están sustentadas por el discurso social de la maternidad y a su vez lo reafirman, contribuyendo a definir la infertilidad como un estigma, en tanto se postulan como sustitución médica de una función biológica fallida. (1991: XV).

...Las nuevas tecnologías de reproducción asistida son una manifestación más del control de la vida y de la sexualidad humanas por parte del poder. Este se encuentra legitimado bajo su forma médica, *sanitaria*, que constituye la ficción de una superestructura científica capaz de unificar y totalizar el saber. De este modo, el discurso médico, en tanto funciona como una de las innumerables máscaras del poder, constituye a la sexualidad como saber y, simultáneamente, como campo de dominio. La modernidad instauro su universo material y conceptual en el que las relaciones de saber-poder se articulan en el cuerpo. (1991:254).

A propósito de lo anterior y para reforzar la idea del entramado que existe entre el Discurso Social y el Discurso Médico, Marbella Camacaro señala que

...Hoy el desarrollo tecnológico, máxima expresión de progreso en nuestras sociedades, y apoyo indiscutible de la ciencia médica, ha tenido un avance enorme a nivel de las tecnologías reproductivas, las cuales en los momentos actuales funcionan a partir de la ideología patriarcal sobre el cuerpo de la mujer, por ello, no es gratuito que los máximos avances a nivel de estas tecnologías, han sido en el campo de la reproducción femenina, no en la masculina. Todo ello se sustenta en la valoración de la mujer como madre, el discurso por el que transita la tecnología reproductiva es el de la maternidad social, en tanto que la esterilidad es vista como un des-orden biológico que requiere la

intervención médica para salvar a las mujeres de su cuerpo fallido que les impide la maternidad. (2010: 62).

Ahora bien, partiendo del hecho de que es el discurso médico el que hace posible la identificación de una enfermedad, y no lo contrario, uno de los aspectos que se pretende develar en el presente análisis, es que la infertilidad no es realmente una enfermedad, para lo cual nos apoyamos en la autora Silvia Tubert, quien hace varios señalamientos al respecto a los cuales haremos mención:

...es el discurso del médico el que hace posible la identificación de una enfermedad, y no a la inversa... en el caso de las nuevas tecnologías de reproducción asistida, es imprescindible tener esto bien presente, puesto que muchas veces se fundamenta su utilización en el hecho de que son las mujeres las que las demandan. Pero ellas jamás podrían demandarlas sino hubieran aparecido primero como oferta... del mismo modo que no se quejarían a un médico de su esterilidad si no formaran parte de una sociedad altamente medicalizada. (1991:21).

...las nuevas tecnologías de reproducción asistida se aplican, con todos los riesgos que conllevan, en casos en los que no existen anomalías anatómicas que las justifiquen (si es que hay algo que pueda justificarlas). (1991:46).

La infertilidad y el uso de tecnologías para la reproducción asistida se suelen entender como un problema que atañe primordialmente a la biomedicina, de allí que se busca darle solución en el ámbito de lo corporal, lo hormonal, lo quirúrgico. La medicalización de la infertilidad ha obturado por mucho tiempo la posibilidad de visualizarla como un asunto que necesita ser estudiado desde un enfoque socio-antropológico que incluya una mirada desde el género.

Más allá de los factores fisiopatológicos que pueden originar la imposibilidad de tener un hijo biológico, el mayor o menor sufrimiento que

produce la infertilidad en la mujer o en la pareja proviene de los significados atribuidos a esta situación. Sin embargo, la relación médico/a-paciente se centra sobre todo en la dimensión biológica: en el ascenso de los niveles de estradiol, en el número de óvulos extraídos, en cuántos de ellos han sido fecundados, en su evolución...

En este sentido y como señala Silvia Tubert, al medicalizar la demanda de hijo se simplifica la cuestión, se pasa del orden simbólico -la demanda- a otro orden fenoménico real -la intervención-. La unión de las dos metáforas -cuerpo/fragmentación, mujer/madre- hace que en las intervenciones biomédicas el cuerpo de cada mujer se vaya reduciendo a vientre, útero, óvulos. Este proceso de objetivación hace que ellas desaparezcan en tanto que sujetas.

Para reforzar lo anterior, rescataremos dos planteamientos de esta misma autora

...para la medicina, la dimensión subjetiva del sufrimiento, del deseo y del goce se desvanece en favor de la dimensión objetiva del saber... De todo lo que el paciente dice, el médico retiene exclusivamente aquello que resuena en el discurso médico. (1991: 25).

... El cuerpo como lugar de gestación se medicaliza. Se borra la diferencia entre el cuerpo del discurso del sujeto, que como tal está abierto al infinito juego de la significancia, y el cuerpo del discurso científico. Las mujeres "estériles" hablan del cuerpo de la medicina, sus dichos se refieren a la estimulación de la ovulación, a las extracciones de sangre, a óvulos que no fecundaron o que se rompieron o que estaban en "mal estado". (1991:3)

Las "tecnologías para la reproducción asistida" (TRA) incluyen en general cualquier terapia dirigida a mejorar las oportunidades de concebir de una pareja estéril. En 1978 hizo su debut una de estas tecnologías con el nacimiento de Louise Brown, gracias a la fecundación in vitro (FIV) de su

madre. En ese momento, el mundo científico se maravilló ante el logro del hombre al crear el primer "bebé probeta". Ahora parece más bien que abrimos la Caja de Pandora.

Aunque en un principio parecía sencillo combinar esperma y un óvulo en una placa de Petri, ahora sabemos que dista mucho de ser simple. Muchos de los procedimientos son cuestionables, y muchos de los fármacos utilizados en estos procedimientos ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Como no se han podido hacer estudios a largo plazo, los riesgos que implican para las mujeres y sus hijos son todavía desconocidos.

Una de cada 6 mujeres en edad reproductiva acudirá en algún momento de su vida a tratamientos para la infertilidad. Las tasas van en aumento en la medida en que más mujeres retrasan el momento de tener hijos. La fertilidad disminuye después de los 30; a los 40 cae en picada. Al llegar a los 40, enfermedades crónicas tales como la endometriosis han tenido ya tiempo de avanzar hasta un estado que provoca infertilidad. Otras causas de infertilidad, como los quistes de ovario y el deterioro de las trompas a consecuencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), también aumentan a una velocidad alarmante.

Como resultado de lo anterior, cada día más mujeres acuden a las TRA para poder tener hijos. La fecundación *in vitro* es un negocio que mueve millones de dólares al año. En los Estados Unidos han nacido más de 150.000 niños gracias a las TRA a que se sometieron sus madres. Pero, ¿es ésta una decisión prudente? La FIV está controlada por el sector privado, y prácticamente sin ningunas restricciones. La FDA (Agencia Federal para Administración de Comidas y Medicamentos) a menudo aprueba fármacos cuyos efectos a largo plazo no han sido determinados, y deja al criterio del médico el uso "fuera de la etiqueta" de medicamentos en el tratamiento de síntomas para los cuales no han sido aprobados. Como no existe una agencia reguladora que supervise la industria, las mujeres son tratadas como sujetas de estudio, y se les suministran fármacos que representan un riesgo desconocido. Sólo recientemente, es que muchas han sabido que sus problemas de infertilidad se deben a una condición que es inmune a las

drogas para la ovulación, como por ejemplo la mala calidad de la esperma, o una estructura del útero que no permite mantener un embarazo.

Los riesgos a que se expone una mujer que se somete a un TRA se pueden agrupar en varias categorías: severos efectos secundarios e inmediatos de las drogas para la fertilidad; embarazos extrauterinos; riesgos mayores de sufrir complicaciones del embarazo por fetos múltiples, como hemorragias, hipertensión, cesáreas y problemas emocionales y psicológicos debidos a la alta tasa de intentos fallidos, alto porcentaje de abortos y la "reducción selectiva" de los fetos "sobrantes". Adicionalmente, el riesgo de tener un bebé con defectos de nacimiento es mayor para los niños concebidos mediante las TRA.

También, la mayor probabilidad de tener partos múltiples aumenta el riesgo de que nazcan bebés de bajo peso o prematuros, aunado a un aumento de muerte infantil y trastornos físicos permanentes. Solamente en el 2002, por lo menos 12 estudios y artículos en revistas especializadas sugieren una relación potencial entre las TRA y los defectos congénitos, incluyendo deficiencias cardíacas, enfermedades genéticas, cáncer infantil, disminución de la cognición y más. Obviamente se requiere realizar estudios a más largo plazo.

Derechos sexuales y reproductivos en Venezuela y políticas de salud del estado para la fertilización asistida

Es necesario tener en cuenta desde el punto de vista de los derechos sexuales y reproductivos, que la temática que se aborda guarda relación con las condiciones de salud en las que se realiza una actividad reproductiva como lo son los tratamientos de infertilidad. En este sentido, el concepto de derechos reproductivos y sexuales constituye un aporte del discurso Feminista que permitió la articulación entre el discurso de la igualdad de derechos y las categorías del discurso médico.

Uno de los avances del discurso Feminista fue distinguir entre sexualidad y reproducción. Ambas categorías proceden del discurso médico, pero la

situación que se ha dado a lo largo de la historia, ha sido considerar a las mujeres ligadas a la reproducción biológica sin ningún tipo de derechos. Para este discurso hegemónico, la sexualidad no importa, la función única y principal de la mujer es tener hijos para la familia, la comunidad y la patria como un bien social. Este ha sido siempre el significado de la categoría Maternidad en el discurso patriarcal, que ha estado bien arraigado en el discurso médico. De allí que, el tema que abordamos se inscribe como uno de los debates prioritarios de la agenda nacional e internacional, sobre la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres.

La salud sexual y reproductiva es un área que aglutina importantes problemas de salud pública sobre-determinados por condiciones socioeconómicas estructurales, por lo que son también problemas sociales. Las necesidades de salud sexual y reproductiva abarcan: la educación sexual, información, comunicación y servicios integrales para promover la capacidad libre, consciente y responsable de decidir sobre la sexualidad y la procreación de manera voluntaria y sin riesgos, donde se plantea que la reproducción no es un fin último o elemento central.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud reproductiva como

...una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, que tengan la capacidad de tener hijos, la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables y, también, el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y tener un parto de forma segura. (Zegers-Hochschild, 2009).

En Venezuela, existen diversos instrumentos legales que contemplan avances en materia de salud sexual y reproductiva entre los cuales se pueden mencionar la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999; Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, 1993; Resolución 1762 del Ministerio de Educación, 1996; Ley Orgánica de Protección Integral del Niño y el Adolescente, 1998; Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, 2002; y Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007.

En este sentido, en nuestro país, es relativamente reciente la incorporación al debate público de los derechos sexuales y reproductivos. La constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 76 establece la protección de la maternidad, paternidad y los derechos sexuales reproductivos incluyendo información, educación y servicios. Debido a la necesidad de adecuarse a este marco jurídico constitucional, se aprobó en el año 2003 la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. En la misma, se define salud sexual y reproductiva como

...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, la libertad de procrear y decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia...” (CIPD, 1994). Es expresión de calidad de vida y salud, así como de la satisfacción de las necesidades en esta área y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. (2003:18).

Si bien es cierto que dicha norma constituye un importante avance en materia de salud sexual y reproductiva, y que establece dentro de los derechos sexuales y reproductivos “... *el derecho a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de tipo integral...*”, la misma no contempla de manera específica ningún tipo de regulación en lo que se refiere a reproducción asistida. Su contenido está orientado a la atención de los principales problemas sociales y de salud pública en salud sexual y

reproductiva, entre los cuales se destacan: el embarazo en adolescentes, embarazos indeseados y baja cobertura de planificación familiar, las altas tasas de mortalidad materna e infantil por causas prevenibles, la alta incidencia de cáncer cérvico uterino y de mama, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, así como la violencia doméstica y sexual. Es notoria la no inclusión de temas relacionados con la reproducción asistida.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por diversos grupos a fin de lograr avances en materia de protección a la mujer a través de distintas normas, leyes y convenios, hasta la fecha no ha sido desarrollado un marco regulatorio relacionado con la Reproducción Asistida en nuestro país. Los tratamientos de reproducción asistida que se realizan en Venezuela, no cuentan con un marco jurídico que los regule y su práctica se rige bajo los preceptos éticos de cada profesional de la salud. Son muchas las repercusiones jurídicas que se derivan de este tipo de tratamientos, pero, hasta el momento, sólo se han realizado algunas interpretaciones legales. De allí la importancia de llevar a cabo estudios en este sentido, sobre todo desde la perspectiva de género, que permitan dar aportes a los entes jurídicos gubernamentales para que en nuestro país se abra el debate en relación con este tema, en el cual indudablemente es fundamental la participación de la mujer, a fin de que sea posible el desarrollo de un marco regulatorio en relación con los procedimientos de fertilización asistida.

Es importante tener en cuenta que, aun cuando este tema, no se encuentra debidamente regulado en Venezuela a pesar de que ya es una práctica frecuente en numerosas clínicas y centros privados especializados en fertilidad de nuestro país, luego de más de 35 años del primer nacimiento a consecuencia de una fertilización *in vitro* y en virtud de la rápida difusión de las técnicas de reproducción asistida en los últimos años, diversos países han decidido regularlas con la finalidad de evitar abusos en este campo. Algunos países europeos que ya han legislado en esta materia, son: Alemania, Austria, España, Francia, Hungría, Noruega, Reino Unido y Suecia. Fuera de Europa países como Estados Unidos, Brasil, Chile, Uruguay y México sólo tienen directrices, proyectos de ley o simplemente algunas disposiciones al respecto dentro de sus leyes. Sin embargo, no

existe una misma orientación en lo que se refiere a las opciones de política legislativa ni un mismo panorama ético, distintas razones son las que han condicionado los contenidos de las regulaciones jurídicas de cada país.

Al respecto, un antecedente reciente que vale la pena destacar en esta materia, es que en Argentina, se encuentra en vigencia desde el 05 de Junio de 2013 la primera Ley de Fertilización Asistida en América Latina, y desde entonces este país contempla dentro del Programa Médico Obligatorio de todo el sistema de salud del territorio nacional argentino, todo lo que se refiere a los tratamientos de reproducción asistida.

En este sentido y en consonancia con lo anterior, se hace necesario considerar que en nuestro país no existe ningún centro público de salud que realice tratamientos de reproducción asistida, y considerando que solo existen centros privados que ofrecen este servicio a elevadísimos costos, podría considerarse que el tema implica (además de todo lo que ya ha sido planteado), una discriminación económica o inequidad para su acceso a aquellas mujeres de menos recursos que decidieran optar por ellos, razón por la cual otro de los aportes de investigaciones con perspectiva de género en esta materia, podría constituirse en la apertura de un debate nacional en relación con el acceso de toda la población a dichos tratamientos, sin menoscabo de su situación económica y en pleno derecho de elegir o no, optar por los mismos, para lo cual se requiere la adecuación de la infraestructura estatal así como el desarrollo de programas de salud pública dirigidos al abordaje de la problemática planteada.

Los primeros pasos dados en Venezuela en materia de Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, iniciaron en el año 2000 cuando la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz fue transferida al Ministerio de Salud y Desarrollo Social y se constituyen primero el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y luego el Programa Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes los cuales vinieron a sustituir el Programa Materno-Infantil, creándose así una plataforma programática para la aplicación de la Legislación Nacional e Internacional vigente de salud sexual y reproductiva

y atención en salud a niños, niñas y adolescentes, en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio. Ambos programas estaban íntimamente relacionados y fueron adscritos a la Dirección General de Programas dependientes del Viceministro de Salud desde diciembre de 2004.

Sin embargo, aun cuando la creación y puesta en marcha del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva por parte del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, significó el fin de una etapa de vacíos institucionales y el avance certero hacia el establecimiento de una *Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva*, con el inicio de la construcción del Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva lo cual constituyó un medio para la profundización de los cambios institucionales a nivel del Sistema Público Nacional de Salud que esta política exige, actualmente en nuestro país, se encuentra completamente desatendido todo lo concerniente a programas dirigidos a la atención de la infertilidad, en consecuencia, no están previstos programas en materia de fertilización asistida.

Por otra parte, el *Plan Nacional de Salud 2014-2019* que actualmente se encuentra en debate nacional, solo contempla como medida dentro de lo que corresponde al desarrollo de programas y proyectos en prevención y atención integral para las principales causas de morbi-mortalidad de la población transversalizados por género, una resolución conjunta entre los Ministerios del Poder Popular para la Salud, para la Educación Básica y para la Educación Universitaria, que incorpore la salud sexual y reproductiva en los programas de educación primaria, secundaria, universitaria y misiones educativas. Sin embargo, no se hace mención específica a nada relacionado con reproducción asistida, por lo que es probable que las medidas a aplicar en este sentido estén acordes a lo establecido en la norma oficial para la atención de la salud sexual y reproductiva.

Es así como, tomando en consideración lo anteriormente planteado, es posible señalar que el Estado venezolano no contempla actualmente dentro

de sus políticas de salud, nada concerniente a procedimientos de fertilización asistida. Al respecto, es necesario destacar que las técnicas de fecundación o fertilización asistida implican una amplia gama de conocimientos técnicos que difícilmente pueden ser abarcadas por una sola disciplina, en este caso deberán converger el Derecho, la Medicina y la Ética. El avance de estas técnicas se debe acompañar, necesariamente, por un consciente y profundo estudio jurídico ya que la aplicación sin límites de tales técnicas podría tener incalculables y nocivas consecuencias para nuestra sociedad. En este sentido, la legislación que se desarrolle en nuestro país, debe tener en cuenta los riesgos que dichos procedimientos implican, así como también el respeto y la protección de los derechos humanos y en materia de salud sexual y reproductiva que deben ser garantizados, lo cual exige que la ley prevea sanciones penales para toda violación de estos derechos.

Referencias

- Alvarez, Juan Carlos. (2009). *¿Infértil, Yo?* Editorial Planeta, S.A. Caracas, Venezuela.
- Bartra, Eli (Comp.). (2002). *Debates en torno a una metodología feminista.* Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Camacaro Cuevas, Marbella. (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género.* Universidad de Carabobo, Dirección de Medios y Publicaciones. Valencia, Venezuela.
- _____. (2012). *La obstetricia desnuda.* Universidad de Carabobo, Dirección de Medios y Publicaciones. Valencia, Venezuela.
- Cambrón Infante, Ascensión. (2001). *Fecundación in vitro y agresiones al cuerpo de la mujer: Una aproximación desde la perspectiva de los*

derechos, en Reproducción asistida: promesas, normas y realidad, Cambrón Infante, A. (Coord), Madrid. Trotta. pp. 165-210.

Comesaña, Gloria. (2008). De métodos y filosofía feminista. Propuestas metodológicas y conceptuales desde el feminismo latinoamericano. Universidad del Zulia, Ediciones del Vice Rectorado Académico. Maracaibo, Venezuela.

De Beauvoir, Simone. (1977). El segundo sexo. Ediciones siglo veinte. Buenos Aires, Argentina.

Facio, Alda. (1992). Cuando el género suena cambios trae. Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal. 1ª edición. ILANUD.

_____. (1999). “Hacia otra Teoría Crítica del Derecho”, en FRIES, Lorena y FACIO, Alda (Comp.): Género y Derecho. La Morada, Corporación de Desarrollo de la Mujer. pp 113-136.

Harding, Sandra. (2002). ¿Existe un método feminista?, en BARTRA, Eli (Comp.): Debates en torno a una metodología feminista. Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco, México. pp 9 – 34.

Sau, Victoria. (1995). El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna. Editorial ICARIA, S.A. Barcelona, España.

Sen, Gita; George, Asha; Östlin, Pirooska. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Harvard Center for Population and Development Studies. Organización Panamericana de la Salud.

Serret Bravo, Estela Andrea. (2004). Mujeres y hombres en el imaginario social. La impronta del género en las identidades, en Ileana García

Gossio (coord.), *Mujeres y sociedad en el México contemporáneo. Nombrar lo innombrable*. Tecnológico de Monterrey, Cámara de Diputados, Miguel Ángel Porrúa. México.

Tubert, Silvia. (1991). *Mujeres sin sombra: Maternidad y tecnología*. Siglo XXI de España Editores. Madrid, España.

Legislación consultada:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). República Bolivariana de Venezuela.

Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. (2003). Ministerio de Salud y Desarrollo Social. República Bolivariana de Venezuela.

Publicaciones periódicas consultadas:

Camacaro, Daisy. (2007). *Cuerpo de mujer: territorio delimitado por el Discurso Médico...* *Comunidad y Salud*; 5 (1) pp 32 – 37.

Díaz Bernal, Zoe y García Jordá, Dailys. (2011). *La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad*. *Revista Cubana de Salud Pública*; 37 (1) pp 106-119.

García Fernández, Dora. (2012). *Las técnicas de reproducción asistida y su regulación en México*. *Revista Etbio*; 2 (4) pp 45 – 52.

LUNA, Lola. (2007). *Apuntes sobre el discurso feminista en América Latina*. *Historia, Antropología y Fuentes Orales*, N° 38, pp 145-162.

Palomar Vereza, Cristina. (2005). *Maternidad: Historia y Cultura*. *Revista de estudios de género, La Ventana*, N° 022. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México. pp 35 – 67.

Saletti Cuesta, Lorena. (2007). Propuestas teóricas feministas en Relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, N° 7, pp 169-183.

Sánchez, Ana. (2005). Las tecnologías de reproducción asistida y sus metáforas. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*. CLXXXI, pp 523-530.

Winocur, Mariana. (2012). El mandato cultural de la maternidad. El cuerpo y el deseo frente a la imposibilidad de embarazarse. *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*. México. pp. 45 – 60.

Zegers-Hochschild F., Adamson Gd, De Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, et al.; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*; 24(11), pp 2683-7.

Páginas web consultadas:

Anderson, Marie y Bruchalski, John (2004). Las tecnologías para la reproducción asistida atentan contra la mujer. Fellow of the American College of Obstetricians and Gynecologists. (ACOG). Disponible en: http://www.usccb.org/_cs_upload/8605_1.pdf

Fuller, Norma. (2005). Identidad femenina y maternidad: una relación incomoda. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. 1-9. Disponible en: <http://red.pucp.edu.pe/ridei/wp-content/uploads/biblioteca/081008.pdf>

Ministerio Del Poder Popular Para La Salud. (2014). Plan Nacional de Salud 2014 – 2019. Disponible en: www.mpps.gob.ve