



Católicas
por
el
Derecho
a
Decidir

La incorporación de la perspectiva de género en la investigación social sobre reproducción

Juan Guillermo Figueroa

301.42608
D637
no.12



PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO

LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA
DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL
SOBRE REPRODUCCIÓN:
ALGUNAS EXPERIENCIAS EN AMÉRICA
LATINA Y ASIA.

JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA
(COORDINADOR)

PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

EL COLEGIO DE MÉXICO

CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR, A. C.

DOCUMENTOS DE TRABAJO No. 12 SEXUALIDAD, SALUD Y REPRODUCCIÓN

Coordinador
Juan Guillermo Figueroa Perea

Es una publicación del
Programa Salud Reproductiva
y Sociedad
México, D.F.,
2002

Comité directivo

Manuel Ordorica Mellado
Luz Elena Gutiérrez de Velasco
Gustavo Verduzco Igarúa

Investigadores del PSRS:

Carlos Echarri Cánovas
Juan Guillermo Figueroa
Soledad González Montes
Susana Lerner Sigal
Olga Lorena Rojas Martínez
Claudio Stern Feitler
Ivonne Szasz Pianta

Si desea recibir otros números,
solicítelos en el Programa
Salud Reproductiva y Sociedad,
Camino al Ajusco 20, Pedregal
de Santa Teresa, C.P. 10740,
Del. Tlalpan, México, D.F.
Teléfono: 5449 3000 ext.: 4085,
Fax: 5645 0464

ÍNDICE

Introducción	3
Juan Guillermo Figueroa Perea	
Algunas reflexiones sobre las implicaciones bioéticas por el abuso de las tecnologías reproductivas en la India	7
Krishnaraj Shanthi	
¿La privacidad y el consentimiento informado son culturalmente específicos?: Una reflexión ética sobre el estudio del aborto en mujeres de la China Continental	20
Jing-Bao Nie	
Autonomía, consentimiento informado y acceso a la anticoncepción en Argentina	30
Susana E. Sommer y María Victoria Costa	
Algunos elementos de la investigación sobre el proceso reproductivo de los varones	37
Juan Guillermo Figueroa Perea	

LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE REPRODUCCIÓN: ALGUNAS EXPERIENCIAS EN AMÉRICA LATINA Y ASIA

JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA¹

Introducción

En este documento se presentan cuatro trabajos sobre diferentes aspectos de la reproducción abordados desde una perspectiva feminista aplicada a la bioética. Se considera necesario explicitar la dimensión feminista en esta reflexión filosófica ya que el desglose de los supuestos subyacentes a las normas que rigen los comportamientos humanos estuvo exento durante muchas generaciones de la consideración explícita a las desigualdades de género, lo que dificultó realizar un trabajo estratégico para reducir tales discriminaciones. Ello impidió también el desarrollo de categorías analíticas para decodificar los diferentes componentes de las relaciones de poder que las legitiman y reproducen.

Una versión previa de esos trabajos fue presentada en el V Congreso Internacional de Bioética, dentro del Tercer Precongreso sobre bioética feminista, en dos paneles organizados por el coordinador de esta publicación, con la intención de presentar lecturas alternativas que se están realizando en algunos países de América Latina, Asia y África. Si bien en esta publicación se incluyen dos textos de investigadores de Asia (uno de China y una de la India) y dos más de América Latina (uno preparado por dos compañeras de Argentina y el último de un compañero mexicano), vale la pena señalar que durante la discusión en el Congreso celebrado en Londres se contó con la participación de comentaristas de Filipinas (Aida Santos) y de Sudáfrica (Laurel Baldwin) quienes con sus sugerencias, comentarios y críticas contribuyeron al enriquecimiento de las versiones aquí consignadas.

El objetivo de ambos paneles fue estimular una reflexión entre investigadores de África, Asia y América Latina sobre los supuestos éticos subyacentes a

los cambios de paradigma que se han presentado al abordar el tema de la investigación en reproducción, particularmente al incorporar la perspectiva de género. Esta perspectiva pretende eliminar el esencialismo de las interpretaciones de la reproducción, cuestionar la visión feminizada de la misma, recuperar las relaciones de poder en la construcción de los procesos reproductivos y sobre todo, apoyar los procesos de búsqueda de equidad entre las personas independientemente de su sexo biológico.

El texto de Krishnaraj Shanthi (Algunas reflexiones sobre las implicaciones bioéticas del abuso de las tecnologías reproductivas en la India) presenta algunos ejemplos sobre el abuso de tecnologías reproductivas en el contexto de la India, mientras que el de Jing-Bao Nie (¿La privacidad y el consentimiento informado son culturalmente específicos? Una reflexión ética sobre el estudio del aborto en mujeres de la China Continental) documenta la complejidad de aplicar linealmente conceptos como privacidad y consentimiento en contextos culturales con referencias distintas sobre lo individual y lo personal, como es el caso de China.

Sobre la condición de la calidad de servicios y de los derechos reproductivos como el consentimiento informado, Susana Sommer y María Victoria Costa (Autonomía, consentimiento informado y acceso a la anticoncepción en Argentina) reflexionan sobre el significado del mismo, y ejemplifican algunos avances normativos ocurridos en el contexto argentino alrededor de esta materia. Finalmente, el trabajo de Juan Guillermo Figueroa (Algunos elementos de la investigación sobre el proceso reproductivo de los varones) ilustra algunas de las consecuencias analíticas de aplicar la perspectiva de género al estudio de la reproducción ya que ello permite documentar la presencia tan contradictoria de los varones en la misma, tanto por la feminización de los indicadores utilizados para su aná-

¹ Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México.

lisis como por el escaso cuestionamiento que de ello han hecho los propios varones.

El primer texto analiza las políticas de población en la India y esboza algunas de las inquietudes feministas a partir de las características que dichas políticas han ido adquiriendo en este país asiático; en este marco general la autora profundiza en las llamadas tecnologías reproductivas, entre las que destacan la amiosíntesis precisamente porque a partir de la misma, puede identificarse el sexo del producto de un embarazo y con ello contribuir a que las personas tomen decisiones sobre su continuidad. No es que la técnica en sí misma se proponga tal objetivo, ya que además permite identificar malformaciones en el producto; pero, ciertamente, en un país donde se ha enfatizado la disminución del crecimiento demográfico y además culturalmente se privilegian nacimientos de niños varones, puede generar una incidencia muy alta de abortos de fetos femeninos, lo cual se ha constatado en el descenso de la proporción de niñas respecto a niños, lo que confirma “la manía cultural” —como señala la autora— por tener hijos varones”. A partir de esa problemática la autora reflexiona sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en la India y sobre el sentido que puede llegar a tener el control del propio cuerpo.

En el segundo texto el autor reflexiona sobre el proceso de elaboración cultural de las nociones de privacidad y de consentimiento, pero tratando en una primera instancia de cuestionar la falsa dicotomía que se suele dar entre el sentido de los valores occidentales y los valores chinos, así como entre lo individual y lo comunitario. En opinión del autor estos valores si bien son diferentes en los contextos sociales, no por ello son incompatibles. Para ello muestra diferentes interpretaciones de lo público y de lo privado, pero más que para descalificar el uso de los derechos humanos como categoría en China lo hace para cuestionar una interpretación simplista de las diferencias. Por ejemplo, enfatiza que en el contexto chino es muy difícil discutir derechos sin aludir a deberes y por ello adquiere dimensiones distintas la relación entre lo público y lo privado, así como entre lo individual y lo comunitario. A partir de los datos y los ejemplos que va mostrando, el autor enfatiza la necesidad de repensar el uso del lenguaje en los intercambios entre investigadores e investigados así como entre médicos y perso-

nas que recurren a servicios de salud, con el fin de asegurar que no se reproduce simplemente el estatus diferencial de ambos y en la contraparte, que es posible que se sientan empoderados en el intercambio tanto los investigados como los pacientes, en un encuentro médico.

El tercer texto inicia con una reflexión sobre el concepto de autonomía y de consentimiento informado a la luz del debate que existe a nivel internacional sobre estos términos, y si bien invita a matizar la noción de autonomía, al mismo tiempo alerta sobre el riesgo de relativizar el requisito de consentimiento informado en la medida en que ello signifique no tomar en cuenta a las personas que son objeto de una intervención ya sea médica o por medio de un proceso de investigación. Las autoras lo aplican de manera específica al tema de la anticoncepción y cuestionan la noción de la objeción de conciencia como posible obstáculo para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres; si bien reconocen que un proveedor de servicios puede argumentar el no seguir ciertas prácticas por ir en contra de sus valores, las autoras sostienen que ello no debe aparecer tal cual en la ley ya que se presta a aplicaciones discrecionales, sino que más bien deben ser excepciones a las que la aplicación de la ley les dé cabida una vez que éstas han sido suficientemente documentadas por los médicos. De otra manera puede suceder que las creencias religiosas en sus diferentes interpretaciones sean uno de los principales obstáculos para el ejercicio integral de los derechos reproductivos. La parte final del texto la dedican las autoras a una discusión sobre el uso de la ligadura de trompas en el contexto argentino, que como es una práctica poco frecuente, requiere de lo que ellas consideran un “exceso de decisiones médicas y de carácter legal”, lo que dificulta el acceso a un método demandado por algunas mujeres; por lo mismo, proponen ciertas estrategias ya sistematizadas en reuniones especializadas con grupos de mujeres que le den respuesta a las necesidades de las mismas, y que cuestionen las prácticas médicas paternalistas.

El cuarto texto propone una revisión del proceso de feminización del estudio de la reproducción y la práctica de la misma, así como la manera en que diferentes discursos —a veces con propuestas ideológicas antagónicas o no necesariamente coincidentes— parti-

cipan en ese proceso de legitimar la feminización. El autor ilustra con el feminismo, la medicina, la demografía, la psicología del desarrollo y el impacto del lenguaje cotidiano. A continuación esboza algunas categorías de un marco conceptual para interpretar la reproducción de manera relacional y con ello idear estrategias analíticas, teóricas y prácticas con el fin de repensar la presencia de los varones en este ámbito. En la medida en que la demografía ha sido una de las disciplinas que más han estudiado la fecundidad como aparente sinónimo de reproducción, el autor ofrece algunas propuestas de indicadores para analizar la reproducción en términos relacionales desde la propia

demografía y posteriormente, en el apartado de conclusiones presenta sugerencias para el desarrollo de categorías analíticas y de elementos teóricos e incluso de políticas sociales que aseguran una mayor equidad en el espacio de la reproducción.

Es de esperar que la difusión de esos materiales contribuya a identificar vertientes analíticas, teóricas y prácticas para una vivencia más solidaria de la reproducción y para que los desarrollos tecnológicos y de criterios de prestación de servicios que se generen, contribuyan al ejercicio de los derechos humanos de quienes se reproducen.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LAS IMPLICACIONES BIOÉTICAS DEL ABUSO DE LAS TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS EN LA INDIA

KRISHNARAJ SHANTHI
Universidad de Madras, Tamil Nadu, India

Introducción

Se identifica el control de las mujeres sobre su propia fecundidad como un factor clave para su emancipación. Sin duda, las tecnologías reproductivas han abierto posibilidades para que algunas mujeres reconfiguran sus vidas al restringir el número de hijos que tienen y para que tengan una carrera fuera del hogar. Pero, a la vez, esas mismas tecnologías han ampliado el campo de acción del Estado y de las instituciones médicas para intervenir en las vidas privadas de los individuos con el propósito de lograr sus propios fines. El alcance de las nuevas tecnologías reproductivas es bastante extenso: tecnologías que ayudan a evitar la concepción, tecnologías que propician la reproducción al ayudar en la concepción o al estimularla (incluyendo la inseminación artificial, la fecundación in vitro y la maternidad subrogada), así como tecnologías que ayudan a predeterminedar el sexo del producto. También existen intentos de alterar, de manera genética, las características de los recién nacidos para producir al "hijo perfecto". Pero en el presente artículo me limitaré a aquellas tecnologías que evitan la concepción y las que ayudan en la preselección del sexo del producto. Recientemente, dichos avances han suscitado debates sobre las implicaciones éticas, legales y de género. Las tecnologías no son neutrales, ni tampoco son ajenas a los valores. Existen usos y también abusos. Cuando éstos abundan, en vista de los problemas que se pueden tener en relación con el monitoreo y la prevención, la cuestión cobra significado desde distintos ángulos. El problema se acentúa cuando tecnologías que fueron desarrolladas en Occidente (manteniendo la percepción, perspectiva, infraestructura de instalaciones médicas, marco de referencia para las políticas y calidad

del sistema de atención para la salud de esos países) son aplicadas indiscriminadamente en países del Tercer Mundo bajo el supuesto de que también serían útiles. En vista de las variaciones socioculturales y del rudimentario sistema de atención para la salud, tales tecnologías -en vez de representar un beneficio- se han vuelto perjudiciales para la sociedad. Las relaciones desiguales de género y las diferencias en cuanto al poder dentro de la familia debilitan aún más la posición de las mujeres, exacerbando su vulnerabilidad. En una sociedad en la que el sistema de seguridad social casi no existe, y se considera a los hijos como una forma de seguridad para la vejez, donde se prefieren a los hijos varones y no a las mujeres debido al dote (precio de la novia) que se paga en el momento en que se casa, la presión que la sociedad ejerce sobre las mujeres para producir más hijos y, necesariamente, a un hijo varón² es bastante intensa. En semejante contexto, las posibilidades de que se utilicen incorrectamente las tecnologías reproductivas y especialmente las prenatales, son considerables. Es ese aspecto el que trataré en el presente artículo.

² Una madre de hijos varones goza de un estatus mayor que una madre que sólo tiene hijas. A menudo se burla y se molesta a una mujer que no ha dado a luz a un varón como si fuera su culpa. No es muy difundido el hecho de que el hombre es quien es responsable del sexo del bebé. En el contexto cultural hindú, se desea tener a un hijo varón por dos razones: para que realice los ritos mortuorios para redimir las almas de sus padres y para mantener a éstos durante su vejez. No se desea tener hijas porque las mujeres se consideran como desventajas en vista del enorme dote (precio de la novia) que se debe pagar cuando se casan. Cualquier cantidad de dinero que se invierta en ellas se considera un desperdicio porque los padres no podrán disfrutar de sus futuros ingresos cuando trabajen. Ésta es otra razón por la cual con frecuencia no se permite a las jóvenes ir a la universidad y más bien las casan a una edad temprana.

La transición demográfica en la India: Un panorama general

Con tan sólo el 2.4% de la superficie terrestre del planeta, la India alberga al 16% de la población mundial. De 345 millones de habitantes en el momento de su independencia (1947), la población del país subió a 846 millones en 1991 y para el año 2016 se espera que alcance 1,264 millones. En promedio, la población aumenta en 16 millones cada año, o bien, 43,000 por día o 30 por minuto. Muchos factores han contribuido a ese incremento tan pronunciado. Decreció la tasa de mortalidad, que pasó de 27 por 1,000 habitantes en el momento de la independencia a 9 por 1,000 en 1995. La tasa de mortalidad infantil bajó de más de 200 en el momento de la independencia a 74 en 1995. La esperanza de vida masculina ha aumentado de 42 años durante el periodo entre 1951 y 1960 a 61 durante el periodo de 1991-1996, y para las mujeres desde 41 a 62 en ese mismo periodo. De esta manera, pese a un descenso en la tasa de natalidad de 40 en el momento de la independencia a 28 en 1995, el problema demográfico ha asumido proporciones alarmantes. Hasta 1931, la tasa anual de crecimiento de la población fue de alrededor de 1%. En los siguientes 40 años, subió paulatinamente a más de 2% y llegó hasta 2.22% en el periodo entre 1971 y 1981. Desde entonces, ha estado bajando y se espera que se reduzca a 1.39% para el año 2016. (GOI, 1998). Según las estimaciones del Sistema de Registros por Muestreo (Sample Registration System), la tasa global de fecundidad —el número promedio de hijos que una mujer tiene durante su periodo reproductivo— también se redujo desde 6 en el momento de la independencia hasta 3 en 1994. El uso de los métodos anticonceptivos ha aumentado de un 10% hasta 40%. Como resultado de las medidas de planificación familiar instituidas por el Gobierno de la India, hasta 1997 se había evitado unos 210 millones de nacimientos (GOI, 1998). Pero el principal problema que enfrenta la India son las grandes variaciones regionales en cuanto a logros. La tasa bruta de natalidad varía de un punto bajo de 14.3 en Goa, 17.3 en Kerala, 19.0 en Tamil Nadu y Nagaland hasta un punto alto de 35.4 en Uttar Pradesh, 33.7 en Rajasthan, 32.8 en Madhya Pradesh y 32.5 en Bihar. Estos cuatro grandes estados del norte de la India contienen 40%

de la población del país. Por lo tanto, lo que va a suceder allí determinará en gran medida el futuro perfil demográfico de la India en su conjunto (UNPF, 1997).

Reflexiones sobre el funcionamiento del Programa de Bienestar Familiar en la India

El Programa de Bienestar Familiar de la India (conocido anteriormente como el Programa de Planificación Familiar) es el programa de reducción de la fecundidad patrocinado por un gobierno que mayor antigüedad tiene en todo el mundo.³ Desde su creación, el programa ha experimentado cambios cuantitativos y cualitativos. Hasta fines de los años sesenta, el objetivo del programa era proporcionar prestaciones de atención para la salud maternal e infantil a las madres embarazadas.⁴ El enfoque consistía en proporcionar la atención para la salud maternal e infantil y no en reducir la fecundidad. Posteriormente, cuando la creciente población resultó ser una amenaza para el desarrollo económico, la orientación del programa se modificó. En 1969-1974, se introdujeron metas específicas para cada método con el objetivo de lograr una tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos de 60% y una tasa neta de reproducción de uno al final del cuarto plan.⁵ A nivel nacional, se propusieron metas numéricas para cada método anticonceptivo, mismas que fueron prorrateadas entre los estados y luego en-

³ Por lo general, la planificación familiar se define como “la prevención de un embarazo no deseado, información sobre la importancia de espaciar los nacimientos, una reducción en la tasa global de fecundidad y servicios para parejas infértiles”. Pero estos últimos nunca se toman en serio. A menudo, el éxito de un programa de planificación familiar se mide por el número de aceptantes de planificación familiar, el número de esterilizaciones que se practican y la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos.

⁴ Según la percepción del gobierno, se adoraba la maternidad y de hecho, las mujeres eran reconocidas solamente en ese papel como dependientes, débiles, vulnerables, que debían ser atendidos por los hombres y por la sociedad. Eran “objetos del desarrollo” en vez de “sujetos del desarrollo”. El giro paradigmático de “el bienestar de las mujeres” a “el desarrollo de las mujeres” y luego a un esquema del reciente “empoderamiento de las mujeres” por parte del gobierno de la India una vez más, va de acuerdo con los cambiantes debates ideológicos sobre el desarrollo de las mujeres dentro del contexto internacional.

⁵ Una tasa neta de reproducción de uno significa una hija por madre para reemplazar a ésta.

tre los distritos. Incluso al personal individual de campo de diversos departamentos gubernamentales (estuvieran relacionados con la salud directamente o no) se les asignaron metas anuales y mensuales para cada método anticonceptivo. El sistema de premios en efectivo para el mejor rendimiento alentó a los estados a inflar las cifras en esta materia. Durante la emergencia, el programa de planificación familiar recibió la más alta prioridad de Sanjay Gandhi (el hijo mayor de Indira Gandhi, entonces Primera Ministra de la India), la autoridad extraconstitucional de esa época. En vista de las esterilizaciones masivas practicadas, el acoso a la población en general por parte de oficiales del gobierno y la política de la menor atención posible ejercida por el personal del sector salud respecto a la calidad de los servicios, el programa no solamente sufrió un revés grave, sino que también expulsó a Indira Gandhi del poder. Los errores fatales cometidos en cuanto a la política demográfica causaron la salida del gobierno de Indira Gandhi. Después de las elecciones generales de 1977 cuando el Partido de Janata llegó al poder, éste quería tomar un camino seguro, por lo que, rebautizó el programa de planificación familiar como el “Programa de Bienestar Familiar”. Pese a un esfuerzo por integrar la planificación familiar con la salud, las metas demográficas de reducir la tasa de natalidad y la tasa de crecimiento de la población siguieron dominando los monitoreos y evaluaciones del programa. Para hablar de los logros, se refería a “esterilizaciones practicadas”, “la tasa de protección de las parejas” y “los nacimientos evitados.”

De esta manera, el enfoque seguía consistiendo en la reducción de la población y no en la atención holística para la salud de la familia tal como implica el término “bienestar familiar”. En 1992 se implementó el Programa de Supervivencia Infantil y Maternidad Segura. Ese programa amplió el alcance del programa de bienestar familiar. Además de satisfacer las necesidades en materia de salud de las madres y de los niños, proporcionaba servicios para espaciar y limitar los nacimientos. Pero debido a que los distintos estados actuaron de manera diferente para cumplir con el programa y que en otros continuaban las altas tasas de mortalidad materna e infantil, surgieron dudas respecto a la eficacia del programa de bienestar familiar y su estrategia de implementación. Además, en la perspec-

tiva de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, los esfuerzos que se hicieron a nivel interno para revisar el funcionamiento del programa de bienestar familiar proporcionaron una oportunidad para la introspección y la reflexión.⁶ El Comité Swaminathan formado por el Consejo Nacional de Desarrollo sugirió la eliminación de metas en materia de anticonceptivos y recomendó cambios radicales en la administración del programa.⁷ Aunque el Gobierno de la India no aceptó todas las recomendaciones, en 1993 promulgó una enmienda constitucional por la que se transfirió el control del programa de salud y bienestar familiar a los gobiernos locales.⁸ La

⁶ Según el Population Research Bureau en 1996, hasta 37% de todas las mujeres actualmente con pareja de edad reproductiva en el grupo de 15-49 y sus cónyuges estaban usando algún método anticonceptivo. De acuerdo con el Population Action International de Washington, D.C., los métodos modernos de planificación familiar utilizados en la India durante la primera parte de 1997 fueron la píldora (18.2%), el DIU (13.3%), el preservativo (13%), la esterilización masculina (19.6%) y la esterilización femenina (15.9%). Esas cifras estaban muy por debajo de las cifras deseadas. Así, aunque el uso de métodos anticonceptivos modernos ha aumentado de 10% a 40%, las cifras varían mucho entre los estados, desde 53% en Maharashtra hasta 20% en Uttar Pradesh y Bihar. La esterilización por sí sola representa más de 85% de todo el uso de anticonceptivos modernos. La esterilización femenina representa 90% de todas las esterilizaciones. Actualmente, se consideran los métodos temporales para postergar o espaciar los embarazos como una necesidad imperante.

⁷ Ya para entonces, la concientización acerca de la planificación familiar había cobrado ímpetu. Había un descontento generalizado --al menos entre la élite instruida y los grupos de mujeres-- de que se estaba dando un énfasis excesivo sobre la planificación familiar, con una total desatención respecto al suministro de otros insumos complementarios. Había críticas en el sentido de que la planificación familiar no puede verse de manera aislada. Si un método anticonceptivo es adecuado y eficaz para una mujer determinada depende de la no existencia de infecciones de las vías urinarias y del sistema reproductivo, lo que, a su vez, está relacionado con la planeación para el desarrollo, como por ejemplo la disponibilidad de servicios sanitarios y una oferta adecuada de agua. De esta manera, no tiene sentido hablar de la atención para la salud reproductiva si no se proporcionan esos insumos complementarios. También se criticó vehementemente el excesivo énfasis que el gobierno pone en los métodos definitivos.

⁸ Con las enmiendas 73 y 74 de la Constitución, las entidades locales (que se llaman *Panchayats*) son responsables de la administración local a nivel de las aldeas y deben rendir cuentas directamente al pueblo. A fin de asegurar la participación de los habitantes en toda toma de decisiones y en la implementación de éstas, entraron en vigor dichas enmiendas. Los Centros de Salud Pública (cuyo acrónimo en inglés es PHC), que operan a nivel local, deben ser fortalecidos con las capacidades profesionales e infraestructura necesarias para que puedan satisfacer las necesi-

Conferencia de El Cairo propició un cambio radical en la perspectiva del gobierno. En 1997, el Gobierno de la India finalmente abolió las metas demográficas en cuanto a anticonceptivos y eliminó los incentivos que se daban a los proveedores de éstos. En su lugar, se introdujo el enfoque de la Evaluación de las Necesidades de la Comunidad para la planeación y el monitoreo de los servicios de salud reproductiva e infantil. La idea era traducir los conceptos sobre derechos reproductivos expresados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en acciones al introducir un paquete más integral de servicios de salud reproductiva que diera a las mujeres acceso a información y un papel que desempeñar en el manejo del programa.⁹ Por consiguiente, los nuevos indicadores para evaluar el impacto del programa de bienestar familiar dirigen su atención hacia las necesidades de la población en vez de las del gobierno y ponen énfasis en la calidad, y no en los logros cuantitativos y en la participación de las mujeres en el suministro de servicios para la salud. Así, bajo ese nuevo enfoque, la evaluación se asociará con incrementos en la utilización de los servicios y con reducciones en las tasas de mortalidad infantil y materna. Aunque se planea que ese nuevo enfoque estará “centrado en los usuarios”, impulsado por la demanda y que será de alta calidad, la insuficiencia de los recursos y la escasez de personal médico calificado plantean retos sumamente grandes. Otro fenómeno preocupante es el modo de pensar de los funcionarios médicos y de los administradores de

dades de las mujeres en materia de salud reproductiva bajo la nueva política de población. También se tiene la intención de invitar al sector privado a participar en la atención para la salud que proporciona el sector público.

⁹ Pese a los enormes retos, en octubre de 1997, el Gobierno de la India lanzó el Proyecto para la Salud Reproductiva e Infantil, que recibía financiamiento externo. Entre los cambios figuraban los siguientes: (a) alentar a los estados a eliminar el pago de incentivos gradualmente y por fases; (b) reorientar las prioridades financieras hacia la utilización de las instalaciones existentes en vez de construir infraestructura nueva; (c) invitar a las ONG y al sector privado a llenar los huecos en los servicios proporcionados por el sector público. A nivel del programa, se introdujeron los siguientes cambios: (a) planeación y monitoreo a nivel de los distritos, para poder responder a las necesidades locales; (b) un enfoque en los usuarios y una mejor calidad de atención; (c) asignación de la responsabilidad del personal femenino del sector salud y mayor participación por parte de la comunidad y (d) un mejor sistema de referencias para personas que solicitan atención para la salud.

programas. Como es una democracia, la India también enfrenta obstáculos institucionales tales como la falta de continuidad dentro del gobierno y de compromiso por parte de la burocracia. Por otra parte, no es claro que los proveedores de servicios para la salud hayan entendido correctamente el concepto de la salud reproductiva. Con la infraestructura, tecnología y calificación profesional existente, también está por verse si los servicios relacionados con infecciones del sistema reproductivo y las enfermedades de transmisión sexual pueden ser proporcionados eficazmente.¹⁰ Por otra parte, también queda en duda si es posible cumplir plenamente con la demanda no satisfecha en materia de anticonceptivos.¹¹ Los métodos anticonceptivos para varones aún no son populares y además, no están tan disponibles debido al excesivo énfasis que se pone en la esterilización femenina. En el pasado, se practicaban las esterilizaciones en campamentos, con muy poco cuidado para prevenir las infecciones. No se hacía ningún intento por proporcionar servicios de seguimiento o asesoría. Por esa razón, los que critican el programa piensan que el cambio drástico en la política de población es demasiado “apresurado”, pues no da tiempo para aumentar la infraestructura y para que se modifiquen las percepciones o modos de pensar del personal médico y administrativo involucrado.

No cabe duda de que una conciencia universal acerca de los anticonceptivos incluso entre los pobres y menos privilegiados no habría sido posible si no fuera por el vasto programa lanzado por el sector de salud

¹⁰ Las tendencias que se observan en la India en cuanto al VIH son muy alarmantes. La cifra de 66,460 casos positivos de VIH de un total de 31,560,800 que se sometieron a análisis hasta fines de agosto de 1997 da un indicio ominoso. Se estima que había por lo menos un millón de niños infectados con el VIH en la India a fines de 1997, con una tasa de infección de alrededor de 1,000 víctimas jóvenes cada día. Unas 100 trabajadoras del sexo mueren del SIDA cada mes tan sólo en Mumbai, y existe una cantidad estimada de 70,000 casos de personas infectadas en ese lugar. (Editorial: *Health for the Millions*, Nueva Delhi, enero-febrero 1998, vol. 24, núm. 1, pp. 1-2).

¹¹ En 1992, en la Encuesta sobre Salud Familiar se encontró que, mientras más del 50% de las mujeres en Tamil Nadu con un hijo vivo expresaron el deseo de posponer su siguiente embarazo, solamente un 12% estaban utilizando un método moderno para espaciar los nacimientos. Puesto que la motivación para restringir el tamaño de la familia es muy fuerte, los abortos inducidos constituyen el medio usual para espaciar los nacimientos. (*National Family Health Survey, India, 1992-1993*. Ministry of Child Health and Family Planning, 1995).

pública. Pero el otro lado de la moneda también ejerce suficiente peso como para socavar el éxito del programa. Todo el Programa de Bienestar Familiar subordinó los intereses de la salud de las mujeres al objetivo general de la sociedad de controlar la población.

En tanto que todo el mundo estuvo de acuerdo con la necesidad de reducir la población en el contexto hindú, la manera en que se implementó recibió muchas críticas. El Ministerio Central fijó las metas para el control de la natalidad sin considerar las realidades locales y exhortó despiadadamente a los funcionarios a tener un buen rendimiento, lo que dio lugar a un descontento generalizado entre la población. Los campamentos para esterilizaciones masivas crearon temor y rencor entre los habitantes. El hecho de que los fondos asignados a la planificación familiar subieron marcadamente de 6.5 millones de rupias en el primer plan a una cifra colosal de 65,000 millones, es decir, 10,000 veces respecto de la anterior, en el octavo plan, indica la importancia que se ha dado a este programa (Banerji, 1998). Y eso sucedió pese a una disminución de los gastos del sector de salud de 3.3% en el quinto plan a 1.74% en el octavo. Hasta la década de los noventa, la política de población solamente se concebía como una política para reducir la fecundidad. Se prestaba mucho menos atención a otros factores tales como la educación de las mujeres, estrategias de empleo y subsistencia para las mujeres y el estatus de éstas en general, todo lo cual incide sobre la fecundidad. En vez de adoptar una estrategia multifacética para permitir a las mujeres lograr sus metas reproductivas y ayudarlas a tener un mayor control sobre los recursos, optó por aconsejarlas acerca de cuántos hijos deberían tener. Los programas de desarrollo se preocupaban muy poco por cambiar la actitud de la sociedad de una "manía por los hijos varones" a una preferencia más equilibrada por las hijas y los hijos. En vez de trabajar mediante la educación de las niñas y el empleo de las mujeres para alterar la existente estructura de poder, además de hacer mayores esfuerzos por reducir la mortalidad materna e infantil para evitar la necesidad de tener una familia numerosa, el gobierno optó por trabajar para lograr una sola meta: la reducción directa de la población por medio de la esterilización, una vez más significativamente por los métodos definitivos y no de los tempo-

rales.¹² Con la modificación de la perspectiva del gobierno después de la conferencia celebrada en El Cairo, se espera que la nueva política de población se preocupe porque las mujeres satisfagan sus metas personales en cuanto a su reproducción, ocupándose de los embarazos no planeados y no deseados en vez de concentrarse en evitar todos los nacimientos.¹³

Inquietudes feministas

Los grupos de mujeres han expresado permanentemente sus inquietudes acerca de diversos aspectos de la política de población del Gobierno de la India (John y Nair, 1999; Ramachandran, 1999; Pachauri, 1997; Patel, 1994). Sus sentimientos van desde una sensación de aislamiento total (debido a su frustración y a que se sienten indefensas) hasta oponerse vehementemente a fin de obligar al gobierno a tomar en cuenta los intereses más importantes de las mujeres respecto a su propia salud. Se critica enérgicamente el hecho de que el programa de planificación familiar se enfoca exclusivamente en la mujer, como si los hombres no tuvieran nada que ver con la reproducción y con la crianza de los hijos. Los grupos de mujeres en la India están dirigiendo su atención en repetidas ocasiones hacia otras cuestiones tales como la falta de calidad en los servicios de atención para la salud materna proporcionados por los hospitales del gobierno; el poco cuidado que se observa en la oferta de una amplia

¹² Los datos disponibles indican que de todas las parejas en el país, 43.3% aceptan los métodos de planificación familiar. De éstas, 30.1% recurren a la esterilización (y de éstas, 91.8% son esterilizaciones femeninas), 6.3% son usuarias del DIU, 1.9% son usuarias de píldoras y el 5% restante son usuarias de otros métodos incluyendo preservativos, tabletas de espuma, jalea y crema vaginal y el diafragma y jalea (Government of India, *Family Planning Programmes in India - Year Book 1989-1990*. Ministry of Health and Family Planning, Nueva Delhi, 1991).

¹³ La principal orientación de la Política de Población Nacional 2000 es reducir la fecundidad por medio de incentivos y no por la coerción. La idea es lograrlo premiando a los *Panchayats* y a los *Zila Parishads* (entidades distritales) por logros ejemplares en la universalización de la norma de tener una familia pequeña, un incentivo en efectivo de 500 rupias al nacer una hija hasta tener dos, un incentivo en efectivo de 500 rupias para las madres que tengan a su primer hijo después de cumplir 19 años de edad hasta el nacimiento del segundo hijo y un plan de seguro médico para las parejas que viven por debajo de la línea de la pobreza si se someten a la esterilización sin tener más de dos hijos vivos.

gama de “opciones” en la selección de los anticonceptivos; el que no se proporciona información acerca de los efectos colaterales de los métodos anticonceptivos sobre la salud de las mujeres; el poco cuidado que se observa en la obtención del consentimiento informado de las mujeres en la ejecución del programa de planificación familiar; la no integración de dicho programa con el programa general de salud; la ausencia de participación de las mujeres en la formulación e implementación y los escasos beneficios de maternidad que se dan a las mujeres trabajadoras a fin de compensarlas por los salarios que pierden. En algunos estados, la selección para recibir beneficios de maternidad está supeditada a que las mujeres acepten un método anticonceptivo o la esterilización. Esa cuestión es de sumo interés para las activistas, puesto que la atención médica no se basa en la vulnerabilidad ni en la condición crítica de la madre en cuanto a su salud, sino en base a la aceptación o no aceptación de la planificación familiar. El trato inhumano que se ha dado a las mujeres pobres en los hospitales del gobierno, la falta de motivación y compromiso por parte de los proveedores de servicios de salud agravan aún más la vulnerabilidad de éstas.

Tecnologías anticonceptivas invasivas

Una revisión general de los métodos anticonceptivos que el Gobierno de la India ha promovido durante años indica claramente un avance continuo desde los métodos sencillos tales como el diafragma y la jalea hacia el DIU y luego a métodos de acción prolongada que son dañinos, altamente medicados y controlados con los que intentan manejar el incremento de población tales como NORPLANT y las vacunas anticonceptivas. Dichas técnicas requieren una higiene personal muy estricta, adecuados servicios sanitarios y disponibilidad de agua y sobre todo, instalaciones médicas costeables. En un país como la India, donde sólo 14.7% de las mujeres que viven en áreas rurales y 48.7% de las que viven en áreas urbanas tienen acceso a las instituciones médicas (GOI, 1991) para sus partos, esas tecnologías modernas implican graves riesgos para su salud. Además, en vez de promover los métodos más sencillos, el gobierno ha preferido gastar significativas cantidades de dinero en dichos métodos altamente

medicalizados. Muchos estudios de investigación (Mukherjee, 1999; Ravindran, 1997) no solamente han resaltado los problemas a los que se enfrentan las mujeres para mantener su higiene personal debido a una falta de privacidad, sino que han indicado la aceptabilidad y utilidad de métodos sencillos como el diafragma. Tomando en consideración las serias consecuencias que estas nuevas tecnologías reproductivas tienen para la salud de las mujeres, en la India las asociaciones de mujeres han estado librando una batalla constante en contra de la utilización irrestricta de esas técnicas en los sectores de salud público y también privado. Por otra parte, en la India los grupos de mujeres comparten el punto de vista común de las feministas internacionales de que el DIU, la esterilización y los métodos hormonales tales como los inyectables y los implantes son menos fáciles de revertir que los métodos de barrera, que son más sencillos; piensan que su carácter invasivo implica mayores riesgos para la salud de las mujeres. Aunque en la India, las feministas no se oponen al programa de control de la población del país, han criticado vehementemente la técnica de coerción que se siguió por constituir una violación de los derechos humanos de las mujeres. También han objetado las pruebas clínicas hechas con métodos anticonceptivos hormonales, argumentando que nunca consultaron a los grupos de mujeres y que no hubo diálogo alguno entre el gobierno y las ONG. Su principal alegato es que el objetivo demográfico de reducir la población no debe lograrse a expensas de la salud de las mujeres. Además, los grupos de mujeres también exigen de manera constante que debe proporcionarse a las aceptantes potenciales información completa acerca de los métodos anticonceptivos, incluidos los efectos colaterales y las contraindicaciones. La aceptación de cualquier método anticonceptivo debe basarse en la “elección informada” y no en la coerción. La Asociación de Mujeres Democráticas de Toda la India y miembros del profesorado del Centro de Medicina Social y Salud Comunitaria de la JNU (Jawaharlal Nehru University) entablaron un juicio público en contra del Gobierno de la India porque dejó de proteger la salud de las mujeres. Estaban en contra de la utilización de la quinacrina. El 16 de marzo de 1998, el Contralor de Drogas (Drug Controller) de la India firmó con la Suprema Corte un comprome-

so de que en la India se prohibiría la utilización de la quinacrina para la esterilización femenina. La India tiene el mérito de ser el primer país del mundo en prohibir el uso de esta sustancia. El periódico *The Times of India* reconoce la decisión como una victoria sobresaliente para los derechos humanos en el país (*The Times of India*, 1998).

Pero en la India, a menudo se violan las leyes y como el país es tan enorme, el problema del monitoreo plantea diversos retos. Por ejemplo, el 30 de junio de 1988, el Gobierno de la India emitió una orden que prohibía la manufactura y venta de formulaciones de altas dosis de drogas con estrógeno-progesterona. Sin embargo, dichas drogas aún se consiguen fácilmente pese a la certificación hecha por la OMS de que no son eficaces para inducir abortos y que pueden causar defectos congénitos.

El uso incorrecto de las tecnologías reproductivas prenatales y la salud de las mujeres

Las pruebas diagnósticas prenatales tales como los ultrasonidos, las amniocentesis, las biopsias de vellosidades coriales, las fetoscopias y los análisis de suero materno, y otras, tienen el propósito médico de detectar las anormalidades del feto y de evitar el nacimiento de niños con defectos. Pero desafortunadamente, en un país como la India, donde se prefieren a los hijos varones y no a las hijas, se utilizan esas pruebas incorrectamente para detectar el sexo del feto y así poder abortar a los fetos femeninos. Tales abortos selectivos se han vuelto un fenómeno social significativo en varias partes de la India. De hecho, esas pruebas son bien conocidas en el país solamente para la determinación del sexo del feto y no para la detección de anormalidades del mismo. Según un médico de Mumbai, entre 1978 y 1983, un total de 78,000 fetos femeninos fueron abortados en todo el país. De 1,000 abortos, se encontró que 97% de los fetos eran femeninos (*India Today*, 1988). Los continuos esfuerzos hechos por organizaciones de mujeres y por el público informado obligaron al gobierno a poner en vigor la Ley No. 1994 sobre la Técnica para Diagnóstico Prenatal (Reglamento y Prevención del Uso Incorrecto) el

1º de enero de 1996. Pero en un país en que la población rural está dispersa, pues vive en más de 600,000 aldeas, el monitoreo no es una tarea fácil. Asimismo, es difícil asegurar la cooperación entre los médicos, técnicos y las personas que solicitan sus servicios. Es claro que la ley por sí misma no puede mitigar el problema, si nos basamos en estimaciones recientes que indican un incremento en los abortos que se practican después de pruebas para determinar el sexo del feto. Alarmada por la decreciente proporción de niñas que nacen¹⁴ en el país, la Asociación Médica de Ahmedabad ha decidido solicitar y luego “advertir” a los ultrasonografistas que de manera clandestina realizan pruebas para determinar el sexo de los fetos y luego abortan a las niñas.

Los problemas que están en juego debido a la utilización incorrecta de las tecnologías prenatales son de dimensiones demográficas, sociales, culturales, políticas y, sobre todo, éticas. El derecho fundamental a la vida, es decir, el derecho de nacer, se pone en tela de juicio para las niñas, lo que fortalece el patriarcado. No son éticos y a la vez son inhumanos los argumentos esgrimidos a favor de los abortos que se practican según el sexo del feto. Esos argumentos son: (a) si nacen menos niñas, habrá un menor número de futuras madres y la población será controlada automáticamente; (b) el estatus de las mujeres mejorará si éstas se vuelven escasas porque debido a esa escasez, tendrán un mayor valor. Los defensores de esos argumentos no se dan cuenta de que, si la población habrá de reducirse tan sólo mediante el asesinato de las niñas dentro de la matriz, entonces nuestra sociedad no puede preciarse de ser civilizada. Es posible que eso sea la peor forma de discriminación y de la violación de los derechos humanos. El otro argumento, de que el valor de las mujeres aumentará si se reduce el número de éstas, es absurdo. Con la escasez de mujeres, las violaciones, los secuestros, la poliandria obligada y otros males, se volverían comunes y pondrían en peligro la

¹⁴ Los diez primeros distritos con la menor relación de niñas a niños, es decir, el número de niñas por cada 1,000 niños en el grupo de edad de 0-6 son Salem (Tamil Nadu) (849 niñas por cada 1,000 niños), Bhind (Madhya Pradesh) (850), Jaisalmer (Rajasthan) (851), Kaithal (Haryana) (854), Jind (Haryana) (858), Amritsar (Punjab) (861), Faridkot (Punjab) (863), Bhatinda (Punjab) (865), Kurukshetra (Haryana) (867) y Hissar (Haryana) (867). *Census of India*, 1991.

seguridad y bienestar de las mujeres, especialmente las viudas, las mujeres abandonadas y las solteras. La ley de la oferta y la demanda funcionaría en el mercado matrimonial para llegar a un equilibrio y, en ese proceso de lograr el equilibrio, muchas mujeres podrían ser humilladas, amenazadas o incluso asesinadas. Las mujeres serían una “especie en peligro” y por ende, serían mucho más vulnerables a la violencia. Además, la práctica que se da entre hermanos o incluso primos de compartir a sus esposas, la cual ya existe en los estados de Madya Pradesh, Haryana, Rajasthan y Punjab, se fortalecería.

Los efectos de esas tecnologías sobre la salud de las mujeres son bastante adversos. Los repetidos abortos a los que se someten con la esperanza de tener a un hijo varón arruinan la salud de las mujeres. Sus cuerpos son devaluados a tal grado que se consideran como meras “portadoras de niños”. Los grupos comerciales y profesionales del sector privado, que se orientan hacia el lucro, se aprovechan de este prejuicio social en contra de las hijas. No hay ninguna ley que exija el registro de los aparatos de ultrasonido o de otros equipos que se usan para detectar el sexo del feto, simplemente porque dichos aparatos también se emplean con varios otros fines. Gracias a la eliminación de los aranceles de importación, se ha vuelto posible la adquisición de esas máquinas incluso por parte de clínicas particulares comunes y corrientes.

Otro desarrollo reciente que también es alarmante es la utilización de técnicas tales como la sedimentación o centrifugación, el método de Ericson, la electroforesis, el intercambio de iones a través de la flotación y otros recursos, para preseleccionar el sexo del feto; en las principales ciudades de la India, se encuentran fácilmente clínicas con letreros que dicen “tenga el bebé que Ud. elija”. Las organizaciones de mujeres (y hasta cierto punto, los medios de comunicación) están haciendo sus mejores esfuerzos por educar al público respecto de las consecuencias adversas que la preselección y los abortos por el sexo del feto tienen sobre la relación entre los niños varones y las niñas, asimismo, sobre la salud reproductiva y estatus de las mujeres.

Las cuestiones éticas discutibles que tienen que ver con el ejercicio de esas tecnologías médicas prenatales son como se detallan a continuación:

- a. Suponiendo que el feto tiene vida, ¿tenemos el derecho de quitar esa vida?
- b. ¿Qué garantía hay de que el uso mismo (o el uso excesivo) de esas pruebas médicas no cause deformidades en el feto?
- c. En todos los casos anteriores, ¿cuál es su impacto sobre la salud mental de las mujeres que pasan por este tipo de sufrimientos para satisfacer los preceptos de la sociedad patriarcal?
- d. ¿Qué sucederá si esas tecnologías son utilizadas para erradicar una comunidad, casta o grupo étnico en particular?

Pero las implicaciones bioéticas tienen consecuencias mucho más graves para los derechos reproductivos de las mujeres que las dimensiones morales generales involucradas en este debate. La cuestión de quiénes deben tener acceso a esas tecnologías es sumamente debatible. Diversas feministas de países del Tercer Mundo han llamado la atención no solamente hacia las implicaciones sexistas, sino también hacia las repercusiones políticas, económicas y racistas de las tecnologías reproductivas (Balasubramanyam, 1986; Mies, 1987; Akhter, 1992).

El infanticidio de las niñas es un problema muy peculiar en la India.¹⁵ Matan a las recién nacidas dándoles la leche de una planta venenosa. Esta práctica, que es común en un número restringido de estados del país, no conlleva ningún estigma social u ostracismo. De hecho, tales asesinatos de las infantes se justifican con el argumento de que dentro del contexto cultural de la India, estar viva es mucho peor para las niñas (especialmente las de familias pobres) que morir. En vista de la práctica del infanticidio de las niñas, las mujeres se ven obligadas a embarazarse en repetidas ocasiones hasta que logran dar a luz a un varón o hasta que se alcanza el tamaño y composición deseados de la familia. Se pone muy poco interés en la salud física y mental de las mujeres.

¹⁵ La Constitución de la India contiene ciertas disposiciones que garantizan el bienestar y desarrollo de los niños. El Código Penal de la India ha definido el infanticidio como asesinato (Indian Penal Code, sección 102), pero casi no hay casos registrados o juicios conocidos en contra de los culpables. Aunque las leyes existentes son suficientes para tratar los casos de infanticidio de niñas, las dificultades estriban en proporcionar pruebas.

La intrincada cuestión del aborto

En los países donde el aborto no es legal, las feministas argumentan que no se les permite a las mujeres ejercer su derecho a la autodeterminación. En la India el aborto es legal. Pero los hospitales donde es posible conseguir un aborto seguro son muy escasos y distanciados los unos de los otros. Es posible que los abortos ilegales sean más numerosos que los legales (en la India, el término oficial para el aborto es Terminación Médica del Embarazo (TME)) por una relación que asciende hasta 11 a 1. El número de TME, de tan sólo 25 reportados en el año 1972-1973, subió a 632,529 en 1991-1992 (Sanjay Kapur, 1998). Esa cifra está muy subestimada; se calcula que en la India cada año aproximadamente otros 5-6 millones de abortos son realizados por médicos particulares (*Health for the Millions*, 1998). Algunos de los factores que motivan a las mujeres a buscar un aborto ilegal son: darse cuenta del embarazo muy tarde, la actitud del proveedor de servicios y el alto costo de un aborto legal (Chhabra y Nuna, 1994). Estos abortos se califican como “ilegales” porque son practicados por personal no médico y no calificado; no son seguros porque se realizan bajo condiciones antihigiénicas, lo que pone en peligro la vida de las mujeres. Es posible apreciar muy bien el impacto de lo consignado sobre la salud de las mujeres si consideramos el hecho de que los abortos representan una cuarta parte de las estimadas 100,000 muertes maternas que todavía ocurren en la India cada año (Ford Foundation Bulletin, 1997). Durante la encuesta sobre las causas de muerte entre mujeres de edad reproductiva llevada a cabo en 1993, se encontró que 20% de éstas mueren por un aborto, 40% mueren por anemia, 20% debido a una posición anormal del bebé, causando la muerte de la madre y el 20% restante muere debido a causas no clasificables (Directorate of Public Health and Preventive Medicine, 1997). Muchas mujeres también recurren al aborto ilegal debido al estigma asociado con la maternidad ilegítima. Las víctimas de violaciones forman una proporción considerable. El aumento de 84% en el número de violaciones entre las niñas menores de 10 años en la India entre 1990-1994 es indicativo de la gravedad del problema (*Health for the Millions*, 1998). En semejante contexto, no se puede subestimar la necesidad de contar con abortos

seguros y de pruebas para detectar el VIH y demás enfermedades de transmisión sexual.

Obstáculos para la consecución de los derechos reproductivos

Al igual que la mayoría de las mujeres en otras partes del mundo, especialmente en el Tercer Mundo, las mujeres hindúes también enfrentan obstáculos infranqueables para hacer realidad sus derechos reproductivos. El movimiento de salud reproductiva cobró ímpetu y legitimidad en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer que se llevó a cabo en Beijing (1995). Actualmente, los gobiernos de casi todo el mundo aceptan de manera generalizada que los derechos reproductivos son derechos humanos básicos. Estos derechos reproductivos incluyen: (a) el derecho a la elección reproductiva, es decir, el derecho a la toma de decisiones en materia reproductiva –para controlar el propio cuerpo, así como para tomar decisiones acerca de los embarazos, la sexualidad y el bienestar– y (b) el derecho a la atención para la salud reproductiva, o sea, el derecho a tener acceso a los servicios de salud, incluida la planificación familiar, el cual puede ejercerse en base al consentimiento informado, libre de discriminaciones, coerción y violencia (United Nations, 1994).

Entre los diversos derechos humanos básicos de las mujeres que son violados, los más importantes relacionados con la elección reproductiva son las presiones directas e indirectas ejercidas sobre ellas para producir a un hijo varón (la manía de los hijos varones), sin tomar en cuenta los numerosos embarazos o abortos que se viven en el proceso de lograr dicha meta, así como las presiones para tener el tamaño deseado de la familia puesto que en la India, los hijos son considerados como una forma de seguridad para la vejez. En semejante medio sociocultural, una mujer –por muy agresiva que sea y empoderada que esté– se ve obligada a subordinar sus propios intereses al interés general de la familia. En ese contexto, tiene que descartarse el caso extremo de no querer tener hijos. En la India, son los hombres y los ancianos de la fami-

lia, y no las mujeres, quienes toman las decisiones acerca del número de hijos y el tamaño de la familia.

En cuanto al derecho a la atención para la salud reproductiva, el mismo sector público o el gobierno, que debe proteger esa libertad, la viola al recurrir a la coerción en la práctica de la anticoncepción, sometiendo a las mujeres a pruebas clínicas para probar la eficacia de ciertos métodos sin informarles, sobre las diversas tecnologías reproductivas que se puedan adoptar y al no educarlas en cuanto a la manera en que puedan escoger entre dichas tecnologías, al insistir en el consentimiento del esposo para la esterilización y la histerectomía, además no castigar a las personas involucradas que coadyuvan al asesinato de los fetos o bebés de sexo femenino o bien, lo causan. Por lo tanto, la enorme brecha que existe entre la demanda de anticonceptivos y su oferta —que obliga a muchas parejas a recurrir a abortos inducidos, con los concomitantes riesgos para su salud— es otra área en que el gobierno ha fracasado deplorablemente. Entonces, para las mujeres hindúes, el poder de tomar sus propias decisiones informadas respecto a la fecundidad, los embarazos, la crianza de los hijos y la actividad sexual —y los fondos para llevar a cabo tales decisiones de manera segura y eficaz— son muy limitados.

Aparte de la violación de los derechos reproductivos de las mujeres, una política de población coercitiva necesariamente conlleva también ciertas dimensiones éticas. ¿Es posible que, especialmente en un país como la India, donde los niños perciben los ingresos y constituyen una forma de seguridad para la vejez de sus padres, es muy alto el valor cultural asignado al hijo varón para realizar los ritos mortuorios de éstos, el Estado ignore los intereses individuales en cuanto a la reproducción? Como el gobierno no proporciona una solución alternativa, la cuestión de si tiene o no el derecho moral de obligar a la gente a reducir el tamaño de su familia es bastante discutible. Aun cuando justificamos la coerción en base al bienestar de la sociedad, ¿cuál es el justo medio o equilibrio aceptable, desde un punto de vista ético, entre la cantidad y calidad de los servicios de salud reproductiva? ¿Por qué no alentar a los varones a asumir una mayor responsabilidad? Esas cuestiones no solamente están impregnadas de valores, sino que son difíciles de resolver. En el contexto hindú, las intervenciones son mucho más

problemáticas en vista de ciertas particularidades propias de la India.

Sin duda, un vasto corpus de investigaciones feministas ha contribuido a la comprensión del derecho de las mujeres a la salud reproductiva y a los derechos reproductivos. Las estudiosas feministas están tratando de desvincular los derechos reproductivos del control de la población para que las mujeres puedan luchar por el derecho ilimitado a la salud y elección reproductivas. Semejante derecho debe estar exento de la manipulación por los hombres, el Estado, o cualquier otra entidad colectiva. Indudablemente, esa idea pone en tela de juicio los enfoques de planificación familiar motivados por propósitos demográficos, los cuales pretenden evitar los nacimientos y popularizar los anticonceptivos, en vez de esforzarse por lograr el bienestar de los seres humanos. Pero tal como Carmen Barroso (1990) observa atinadamente, la existencia de una política demográfica es irrelevante, siempre y cuando el contenido de la política vaya de acuerdo con objetivos feministas tales como la libertad de elección y la salud de las mujeres. Según otro punto de vista, las feministas deben confrontar las realidades conjuntas de que el mundo no puede sostener a una población ilimitada y a altos niveles de embarazos no deseados. Marge Berer (1991) afirma que las feministas deberían desarrollar un concepto de política de población o bien, arriesgarse a ser aisladas e ignoradas en el actual debate internacional acerca de las políticas de población. El hecho de que los derechos reproductivos de las mujeres solamente podrían lograrse en el contexto más amplio de las políticas de población y no ignorando tales políticas es una cuestión que vale la pena explorar. La intervención sugerida por el Programa de Acción de El Cairo ha abierto el camino para que se trate a las mujeres como sujetos y no como objetos de la planificación familiar, proporcionando así una justificación ética para rediseñar los mismos programas de planificación familiar a fin de que reflejen las inquietudes personales y también las sociales.

Los retos del futuro

En el contexto hindú, existen ciertas realidades que hay que tomar en cuenta:

A Más de la mitad de las mujeres de 20 a 24 años de edad se casan antes de alcanzar la mayoría de edad, o sea, los 18 años, lo cual da lugar a embarazos de adolescentes, lo que representa graves peligros para la salud reproductiva de las mujeres. Eso tiene que ver con la necesidad cultural de proteger la castidad de las mujeres y las consiguientes uniones y embarazos de adolescentes, los cuales conllevan un alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

B En la India rural, es un tabú hablar acerca del sexo. En la India urbana, la situación está mejorando. Por consiguiente, la frecuencia de la violencia en contra de las mujeres, especialmente en la forma de conductas inapropiadas entre los jóvenes, es alta en la India. El número de casos de violación ha aumentado muchísimo. Desafortunadamente, las jóvenes solteras encuentran que es muy difícil tener acceso a los servicios médicos en vista del estigma social asociado con la concepción ilegítima y con las madres solteras.

C Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva son tomadas mayormente por los hombres; a no ser que se logre influenciar a éstos, los esfuerzos del gobierno por medio de sus programas tendrán un impacto limitado. Pero en la actualidad, las opciones disponibles para los varones son el preservativo o la esterilización y no hay otra cosa. Si es necesario evitar los anticonceptivos modernos para las mujeres para que no sufran los efectos colaterales de éstos, es más aconsejable popularizar el retiro y la abstinencia, en cuyo caso también son esenciales la anuencia de los varones y cambios en sus percepciones.

D Hoy día en la India, los conocimientos respecto a los anticonceptivos de emergencia son limitados. A fin de reducir la incidencia de los abortos no seguros y la concomitante mortalidad, se debe diseminar información sobre anticonceptivos de emergencia, la cual también puede ser de utilidad para las víctimas de violaciones.

Conclusión

Es un mito aseverar que los derechos reproductivos han permitido a las mujeres tener control sobre sus cuerpos. Es posible que una mujer que goza de un nivel socioeconómico o de empoderamiento por arriba del mínimo aceptable, que posee el nivel educativo suficiente para hacer elecciones informadas y que puede pagar el costo de atención para la salud de buena calidad esté en una posición para disfrutar de los así llamados derechos reproductivos. Pero para la mayoría de las mujeres cuyas preocupaciones inmediatas son la comida, el alojamiento y el empleo para una vida a nivel de subsistencia, eso sigue siendo un sueño. "...conforme la globalización y las fuerzas del mercado pisotean nociones más antiguas de la ética social en la mayoría de los países, se está volviendo más que evidente que los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres no serán factibles si no se vinculan con una campaña enérgica a favor de la justicia económica y la erradicación de la pobreza. Ése es el vínculo crítico en el silogismo que sigue siendo lo más débil en los documentos y políticas internacionales, así como en los esfuerzos nacionales por implementarlas" (Petchesky, 2000). Otro factor igualmente poderoso que hay que tomar en cuenta es la necesidad de comprender la cuestión de la salud reproductiva de las mujeres dentro del contexto real de las relaciones desiguales entre los hombres y las mujeres, la distribución desigual de los recursos entre los sexos y el efecto de la división genérica del trabajo, la cual impone una carga laboral inequitativa sobre las mujeres. A menos que tales cuestiones se resuelvan, abriendo paso a la justicia entre los géneros, la consecución de los derechos reproductivos seguirá siendo un sueño lejano para la mayoría de las mujeres del mundo en su conjunto y especialmente para las de los países del Tercer Mundo.

Traducción del inglés
Susan Beth Kapilian

Referencias

- Akhter, F. (1992). "Depopulating Bangladesh: Essays on the politics of fertility". Narigrantha Prabantana, Dhaka.
- Balasubramanyam, V. (1986). "The contraceptives: As if women mattered --A critique of family planning". Centre for Education and Documentation, Bombay.
- Banerji, Debarbar (1998). "Voiceless for the voiceless --The Independent Commission on Health for those living on the other side of the moon". *Health for the Millions*, mayo-junio, 1998, vol. 24, núm. 3, pp. 31-32.
- Barroso, Carmen (1990). "Maternal mortality: A political question" en *Maternal Mortality: A Call to Women for Action*. Amsterdam, Women's Global Network for Reproductive Rights and Latin and Caribbean Women's Health Network, pp. 4-5.
- Berer, Marge (1991). "What would a feminist population policy be like?" *Conscience* 12(5):1-5.
- Chhabra Rami y S.C. Nuna (1994). *Abortions in India: An Overview*. Nueva Delhi.
- Directorate of Public Health and Preventive Medicine (1997). *Gender and Health: A Handbook for Health Workers*, Chennai, p. 23.
- Ford Foundation Bulletin (1997). "Legal but still unsafe: The complexity of abortion in India". Otoño/invierno, pp. 9-12.
- Government of India (1991). *Family Planning Programmes in India*, anuario 1989-1990, Ministry of Health and Family Welfare, p. 155.
- Government of India (1998). *India: National Family Planning Programme -- Achievements and Challenges*. Department of Family Welfare.
- Health for the Millions*. (1998). Editorial. Enero-febrero, vol. 24, núm. 1, p. 1.
- Hindustan Times* (1999), 30 de noviembre.
- India Today* (1988), 31 de enero.
- John, Mary E. y Janaki Nair (1999). "Sexuality in modern India: Critical concerns". *Voices*, vol. 3, no. 1, abril.
- Mies, M. (1987). "Sexist and racist implications of new reproductive technologies". *Alternatives*, vol. XII, pp. 323-342.
- Mukherjee, V.N. (1999). "Gender dimension of basic needs: Women's access to menstrual hygiene and reproductive tract infections". MacArthur Foundation Fellowship for Population Innovation. Inédito.
- Pachauri, Saroj (1997). "Need to promote women's sexual and reproductive rights". *The Business Age*, 16 de julio.
- Patel, Vibhuti (1994). "Indian women's struggle to survive: Campaign against femicide". *The Child and the Law*, UNICEF, marzo.
- Petchesky, Rosalind P. (2000) (editorial). "Human rights, reproductive health, and economic justice --Why they are indivisible". *Reproductive Health Matters*, vol. 8, núm. 15, mayo, p. 12.
- Ramachandran, Vimala (1999). "Shying away from sexuality --Government reproductive health programme". *Voices*, vol. 3, núm. 1, abril.
- Ravindran, Sundari T.K. y Sumathy S. Rao (1997). "Is the diaphragm a suitable method of contraception for low-income women: A user perspectives study". Madras, India. En "Beyond acceptability: Users' perspectives on contraception". *Reproductive Health Matters*, Londres (para la OMS), pp. 78-88.
- Sanjay, Kapur (1998). "A peep into the valley". *Health for the Millions*, mayo-junio, vol. 24, núm. 3, pp. 23-24.

The Times of India (27 de marzo, 1998) (también en el boletín de Saheli, una organización de mujeres, marzo de 1998, *New Delhi and Frontline*, 17 de abril de 1998).

United Nations (1994). *Report of the International Conference on Population and Development* 43-44. U.N. Doc. A/Con/171/13.

United Nations Population Fund (1997). *India: Towards Population and Development Goals* (UNFPA). Oxford University Press.

¿LA PRIVACIDAD Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SON CULTURALMENTE ESPECÍFICOS?: UNA REFLEXIÓN ÉTICA SOBRE EL ESTUDIO DEL ABORTO EN MUJERES DE LA CHINA CONTINENTAL

JING-BAO NIE¹⁶

Bioethics Center, University of Otago,
Dunedin, New Zealand

En el presente trabajo me centraré en las cuestiones de la privacidad y el consentimiento informado en el estudio de las perspectivas personales y experiencias individuales de mujeres de la China Continental mediante unas reflexiones sobre mis propias investigaciones acerca de las concepciones morales que los chinos tienen del aborto.¹⁷ Primeramente, sostendré que tanto la privacidad como el consentimiento informado son importantes para las mujeres chinas, aunque rara vez se refieren a dichos términos. Es decir, la privacidad y otros derechos humanos no son puramente valores occidentales, y deben ser aplicables en China siempre y cuando los chinos, especialmente los que son oprimidos y acallados, sientan que esos valores son atractivos y deseen emplearlos como ideales morales en sus luchas. Por otra parte, argumentaré que, si bien la privacidad y otros derechos son importantes para las mujeres chinas, las maneras en que comprenden, respetan y valoran esos derechos varían de acuerdo con los contextos socioculturales.

El respeto de la privacidad personal, así como la protección de la misma, constituye uno de los valores

más importantes en el sistema legal, filosofía moral, prácticas sociales y costumbres culturales de los países occidentales contemporáneos. Hace más de un siglo, en su libro *Liberty, Equality, and Fraternity* (1873), el filósofo político inglés James Fitzjames Stephen escribió que “una conducta que puede ser descrita como indecente siempre es, de una manera u otra, una violación de la privacidad”.¹⁸ Basado en la noción del derecho de la mujer a la privacidad, la Suprema Corte de Estados Unidos legalizó el aborto en el bien conocido fallo de *Roe vs. Wade* en 1973. Para la Suprema Corte, “un derecho a la privacidad personal o una garantía de ciertas áreas o zonas de privacidad” existe de acuerdo con la Constitución, aunque no es mencionado allí en forma explícita y por lo tanto dicho derecho es fundamental. Desde luego que la Suprema Corte también señaló que el derecho a la privacidad, igual que cualquier otro derecho, no es absoluto, sino que está sujeto a ciertas limitaciones.¹⁹ En tanto que la privacidad puede dividirse en cuatro áreas principales, a saber: la privacidad física, la privacidad respecto a la información, la privacidad respecto a las decisiones y la privacidad formacional;²⁰ la privacidad respecto a la información —el control sobre la revelación de información personal— es el tipo que más se discute y el que recibe el mayor énfasis. En los países occidenta-

¹⁶ Bioethics Center, University of Otago, Dunedin, New Zealand.

¹⁷ En 1997, llevé a cabo trabajos de campo intensivos sobre las perspectivas y experiencias que personas de la China Continental tienen respecto al aborto, los cuales incluyen una encuesta con seiscientos sujetos en doce muestras distintas y entrevistas a profundidad con treinta mujeres que habían tenido un aborto y con treinta profesionales médicas que hacían abortos en forma rutinaria. Véase Jing-Bao Nie, “Voices behind the silence: Mainland Chinese people’s moral views and experiences of abortion,” tesis de doctorado, University of Texas Medical Branch, 1999. Se está preparando un libro basado en esa tesis.

¹⁸ Citado en Anita L. Allen, “Privacy in health care”.

¹⁹ Ian Shapiro, *Abortion: The Supreme Court Decisions*. Indianapolis y Cambridge: Hackett Publishing Company, pp. 46-70.

²⁰ Stefano Scoglio, *Transforming Privacy: A Transpersonal Philosophy of Rights*. Westport y Londres: Praeger, 1998.

les, muchas legislaciones recientes acerca de la información sobre la salud se basan en la noción del derecho del paciente a la privacidad.²¹ En las investigaciones sociales, las prácticas tradicionales y los códigos éticos de las profesiones de las ciencias sociales también subrayan la importancia de proteger la privacidad y la confidencialidad respecto a la identidad de los sujetos de las investigaciones.²² En este trabajo, utilizaré el término “privacidad” tal como es definido por el historiador social Barrington Moore, es decir, tanto en el sentido de denegar el acceso a otras personas en situaciones especificadas como los derechos privados con respecto a las personas que tienen autoridad.²³

El consentimiento informado ha sido una costumbre permanente en la práctica médica y en las investigaciones sociales en la mayoría de los países occidentales contemporáneos. En recientes códigos profesionales sobre las investigaciones sociales, el consentimiento informado se ha vuelto un concepto moral significativo. Pese a las grandes controversias, se ha promovido que los sujetos de las investigaciones sociales, al igual que los de la medicina, tienen el derecho a ser informados acerca de la investigación que se hace con ellos y la naturaleza de dicha investigación. Aunque desde una perspectiva filosófica, la autonomía o autodeterminación de una persona autónoma generalmente se considera como la base moral del consentimiento informado, mi opinión es que la privacidad constituye una razón sociocultural muy importante para la aceptación generalizada del consentimiento informado en el mundo occidental.

Al otro lado de esta “aldea global”, específicamente en la China Continental, las situaciones son dramáticamente diferentes. La privacidad, si es que existe de algún modo allí, desempeña un papel mucho menos importante en la vida sociocultural de China que en la del Occidente contemporáneo. En la práctica médica, en las investigaciones sociales y en otras áreas de la vida social en China, básicamente el consentimiento

informado sólo aparece en las páginas de algunas obras de estudiosos. Incluso las palabras “privacidad” y “consentimiento informado” son desconocidas para la gran mayoría de los chinos. No fue sino hasta muy recientemente que esos términos se incorporaron a la lengua china. Hace casi tres décadas, un experto norteamericano de salud pública visitó China por primera vez. Al observar que se les exigía a las personas revelar información sumamente personal para los fines de la salud pública, el experto les preguntó a sus anfitriones chinos: “¿La gente no protesta ante esta práctica? ¿No la consideran una invasión de su privacidad?” Su intérprete chino le dijo que era imposible traducir su pregunta porque en la lengua china no existe un equivalente para el concepto de la privacidad.²⁴ En mi caso, no fue sino hasta mediados de los años ochenta que vi la palabra “yinsi quan” (el derecho a la privacidad personal) cuando leí un artículo publicado en una revista sobre la filosofía de la ciencia acerca de por qué algunos chino-norteamericanos ganaron el Premio Nobel para física pero que ninguna persona de la China Continental lo ha logrado.

Para las mujeres chinas, los derechos humanos—para ser más específico, los derechos reproductivos—no son una inquietud sobresaliente o ni siquiera constituyen una inquietud. Durante su trabajo de campo sobre las percepciones de las mujeres chinas del medio urbano acerca de la política de un solo hijo en cada familia y también sobre las maneras en que reaccionaban a dicha política, la socióloga holandesa Cecilia N. Milwertz encontró que “mi supuesto de que una violación de los derechos humanos es inherente a la política de un solo hijo en cada familia no fue compartido por las mujeres a las que estaba entrevistando. Es obvio que sus percepciones no encajaban dentro del marco de la planificación familiar como un derecho humano”.²⁵ Esa conclusión es corroborada por mis propias investigaciones sobre las perspectivas y experiencias de los chinos respecto al aborto. En mis investigaciones de

²¹ Por ejemplo, el New Zealand Health Information Privacy Act 1994.

²² Maurice Punch, “Politics and ethics in qualitative research,” en Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks y Londres: Sage, 1994, pp. 83-97.

²³ Barrington Moore, Jr., *Privacy: Studies in Social and Cultural History*. Armonk y Nueva York: M.E. Sharpe, Inc., 1984.

²⁴ Esta anécdota fue narrada por Ruth Macklin. Véase su “Universality of the Nuremberg Code” en George J. Annas y Michael A. Grodin, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*. Nueva York y Oxford: Oxford University Press, 1992, p. 24.

²⁵ Cecilia Nathansen Milwertz, *Accepting Population Control: Urban Chinese Women and the One-Child Family Policy*. Londres: Curzon, 1997, p. 186.

campo, la privacidad y el consentimiento informado nunca surgieron como una cuestión a discutirse.

Generalmente se sostiene que en su filosofía moral aborígen, sistemas legales y tradiciones culturales, China nunca ha desarrollado esas ideas o ideales de libertad individual, derechos humanos y el respeto de la privacidad. A primera vista, ciertos conceptos valorados por los confucianos y taoístas tradicionales, incluyendo la amistad, los lazos familiares, la no interferencia, el autodesarrollo, la introspección y el retiro de la sociedad, podrían sugerir que la privacidad tal como se entiende en el sentido del pensamiento occidental contemporáneo es percibida como deseable. Pero si observamos la situación más detenidamente, vemos —tal como lo demuestra el estudio hecho por Christina Whitman— que la finalidad que la gente de sociedades occidentales del siglo XX pretende avanzar al respetar la privacidad “no tiene contraparte en el pensamiento de los primeros confucianos o taoístas”.²⁶ Además, por lo general se piensa que la tradición cultural china nada tiene que ver con el individualismo occidental sobre el que se basan la privacidad y el consentimiento informado. Con frecuencia se dice que la cultura china, tal como es representada por el confucianismo, se caracteriza por un énfasis en la familia, la comunidad y la sociedad, por lo tanto, básicamente está orientada hacia lo comunitario.

Todo eso lleva a lo que he llamado la perspectiva tradicional acerca de China y los así llamados “valores occidentales” tales como la privacidad, el consentimiento informado, la autonomía o la autodeterminación, el individualismo, la libertad, la democracia y los derechos humanos. Entre los argumentos que apoya esa perspectiva están: Las culturas china y occidental son fundamentalmente diferentes; la privacidad y el consentimiento informado, junto con otros derechos humanos, son valores occidentales; son culturalmente específicos y dichos valores occidentales son indeseables e imposibles de realizar en China. Sin embargo, me parece que esta perspectiva tradicional es problemática desde un punto de vista teórico, además de ser dañina y peligrosa en un sentido político. Permítame explicar por qué pienso así.

²⁶ Christina Whitman, “Privacy in Confucian and Taoist thought”, en Donald J. Munro (ed.), *Individualism and Holism: Studies in Confucian and Taoist Values*. Ann Arbor: Center for Chinese Studies, The University of Michigan, 1985, p. 97.

En la perspectiva tradicional, existen dimensiones descriptivas y también argumentos normativos. Su mayor problema teórico es que esta perspectiva equipara el “es” con el “debe ser”. Es cierto que el respeto y la protección de la libertad individual distan de tener un firme arraigo en la tradición moral china o en su sistema legal o costumbres socioculturales. También es cierto que en las últimas décadas, la privacidad personal y la libertad individual han sido devaluadas gravemente debido a la ideología oficial imperante en China, además el gobierno totalitario ha intervenido en casi todos los aspectos de la vida cotidiana del ciudadano chino, ejerciendo un control poderoso al respecto. Es cierto que, pese a las negativas oficiales, la violación de los derechos civiles y sociales de los ciudadanos es algo que ocurre comúnmente en todos los niveles de la sociedad. Es cierto que, si bien por lo general no es documentado sistemáticamente y es un hecho desconocido para Occidente, los derechos y el bienestar de los pacientes de ninguna manera son respetados por los profesionales e instituciones médicas. Hasta donde conozco, no es nada raro que los pacientes como grupo —especialmente los que residen en áreas rurales, son pobres y tienen poca o ninguna educación— sean explotados por los profesionales e instituciones médicas en nombre de la ciencia, el saber o el interés del mismo paciente. Pero eso no quiere decir que las cosas deban ser así. Incluso en Occidente, el consentimiento informado es un fenómeno bastante reciente. Desde un punto de vista histórico, los pacientes esencialmente han permanecido callados en la toma de decisiones médicas, en la medicina y el consentimiento informado ha sido más o menos un cuento de hadas, un mito o un espejismo en vez de una realidad.²⁷ Aunque en el Código de Nuremberg se ha dicho claramente: que “El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial”, esto no se volvió una práctica común en la medicina sino hasta algunas décadas después.

Por otra parte, la dimensión descriptiva de la perspectiva tradicional también tiene problemas serios. Existen muchos mitos acerca de China y de la cultura

²⁷ Jay Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*, Nueva York: The Free Press, 1984. Véase también Ruth R. Faden y Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*. Nueva York y Londres: Oxford University Press, 1986.

china. Desde el siglo XIX, muchos estudiosos de diversas disciplinas han intentado descubrir el singular modo de ver y de actuar característico de la civilización china. Se han propuesto un buen número de teorías como por ejemplo el modo asiático, la cosmovisión orgánica, el pensamiento correlativo, la perspectiva holística y la sincronidad. Esas teorías implican y suponen que la singular mentalidad china, sea cual sea, domina a casi todos los individuos chinos y que penetra cada aspecto de la vida sociocultural de los chinos. Como resultado, la gente tiende a discutir China y el Occidente en términos de una serie de dicotomías: el individualismo versus el comunitarismo; la autonomía versus las decisiones familiares; la libertad individual versus el bien social/común; el individuo versus la colectividad-comunidad; los derechos individuales versus las virtudes personales; el desarrollo y el perfeccionamiento del individuo versus la devoción familiar y filial; el contrato versus la confianza; la autodeterminación versus el autoexamen; la libertad versus el concepto de deber y obligación, etc. Pero desafortunadamente, en esta comparación general ampliamente aceptada, las grandes variaciones tanto en la cultura y sociedad china como en las occidentales, especialmente la diversidad moral en China, han sido minimizadas o incluso pasadas por alto totalmente.²⁸ Richard Bernstein ha calificado este enfoque hacia las culturas no occidentales y las occidentales como “un esencialismo falso” que hay que superar.

Sobre todo, siempre debemos luchar por evitar un esencialismo falso cuando estamos intentando comprender las tradiciones a las que pertenecemos o aquellas tradiciones ajenas que son inconmensurables con “las nuestras”. Con frecuencia, las discusiones relativas al Este-Oeste caen en semejante esencialismo falso y nos vemos tentados a pensar que existen características determinadas y esenciales, que crean distinciones entre la “mentalidad” occidental y la oriental. Tal tipo de esencialismo falso distorsiona de manera violenta, la complejidad misma de las tradiciones que se

traslapan y que no encajan en esas nociones globales artificiales y simplistas.²⁹

La perspectiva tradicional no solamente ha distorsionado o al menos simplificado demasiado la complejidad de las tradiciones culturales-morales de China y de Occidente, sino que también ha exagerado las diferencias culturales entre esas dos regiones del mundo. Congruentes en un sentido intelectual con el discurso posmodernista, las discusiones académicas contemporáneas respecto de las culturas y las tradiciones han tendido a concentrarse en sus discontinuidades y divergencias. Se considera que distintas culturas y tradiciones son inconmensurables e incompatibles. En tanto que muchos pensaban que los valores confucianos, la tradición cultural china y “los valores asiáticos” por lo general son incompatibles con las concepciones “occidentales” de los derechos humanos y la libertad e incluso con toda la cultura occidental, un número cada vez mayor de estudiosos refutan ese punto de vista. Por ejemplo, Chad Hansen sostiene que hay “una forma genuinamente china de razonamiento consecuente en defensa de una libertad prácticamente segura” que surge dentro de la filosofía moral-política antigua de China. Hansen concluye:

Cualesquiera que hayan sido las conclusiones a que llegaron o los argumentos que esgrimieron algunas figuras claves de la tradición o cualesquiera que hayan sido las posturas favorecidas por los gobernantes, existen recursos argumentativos dentro de una base de razonamiento puramente china que pueden generar argumentos válidos y persuasivos para la democracia y para un esquema extenso y seguro de libertad humana.³⁰

²⁹ Richard J. Bernstein, *The New Constellation: The Ethical-Political Horizons of Modernity/Postmodernity*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1992, p. 66.

³⁰ Chad Hansen, “Chinese philosophy and human rights: An application of comparative ethics”. En Gerhold K. Becker (ed.), *Ethics in Business and Society: Chinese and Western Perspectives*. Berlag y Berlín: Springer, 1996, p. 121. Véase también su “Do human rights apply to China? A normative analysis of cultural difference”. En Kenneth G. Lieberthal, Shuen-fu Lin y Ernest P. Yong (eds.), *Constructing China: The Interaction of Culture and Economics*. Ann Arbor: Center for Chinese Studies, The University of Michigan, 1997, pp. 83-96.

²⁸ Jing-Bao Nie, “The plurality of Chinese and American medical moralities: Toward an interpretative cross-cultural bioethics”. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 10 (3):239-260, 2000 y “The myth of the Chinese culture, the myth of the Chinese medical ethics.” *Bioethics Examiner* 3(2):1, 2, 5, 1999.

En cierta medida, el punto de vista que Hansen expresa acerca de una tradición aborigen de derechos humanos en China puede ser ahistórico. Se puede afirmar que los valores chinos y occidentales son diferentes, pero no incompatibles o totalmente inconmensurables. Según William Theodore de Bary, pese a los desacuerdos entre los estudiosos, está surgiendo un consenso aproximado sobre algunos puntos. A continuación detallo dos de ellos:

A lo largo de los siglos, los valores y discurso confucianos se han ocupado de muchas de las mismas cuestiones que han interesado a los pensadores occidentales en materia de derechos humanos, aunque las han expresado mediante un lenguaje algo diferente...

Si bien es posible establecer cierto contraste entre un mayor énfasis en la autonomía individual en la concepción occidental moderna de los derechos humanos y una mayor atención en los valores sociales y comunitarios en el confucianismo, a menudo dicho contraste se fija de manera excesiva a expensas de inquietudes y comprensiones que se comparten. Los valores sociales y comunitarios de ninguna manera han faltado en tradiciones que han contribuido al pensamiento en materia de derechos humanos en Occidente, en tanto que el respeto por la dignidad del yo y del individuo ha sido un elemento central en el confucianismo desde sus inicios.³¹

La visión tradicional promueve la noción de que los así llamados "valores occidentales" son culturalmente específicos y que, por lo tanto, no son aplicables en China. Sugiere que la cultura es una suerte de "jaula de hierro". Nacemos y crecemos dentro de ella y no podemos hacer nada al respecto. Pero la cultura siempre es un sistema abierto que cambia y es susceptible de sufrir cambios en todo momento. Cada sociedad acepta, absorbe e integra elementos de una cultura extranjera. Entonces, aunque fuera cierto que los conceptos de privacidad, consentimiento informado, libertad y derechos humanos encuentran sus raíces en la tradición moral-política occidental de manera exclusiva o que son específicamente occidentales y totalmente incompatibles con la cultural tradicional y

las prácticas actuales en China, de todas maneras no podemos llegar a la conclusión de que esos así llamados "valores occidentales" no deben ser utilizados por los chinos.

Las ideas y los ideales morales no son cosas tangibles ni propiedad intelectual. No obstante el lugar geográfico o el periodo histórico en el que se originen, pertenecen a toda la humanidad. No se debe emplear los reglamentos internacionales relativos a la propiedad intelectual con el traslado y la transformación de las ideas y los ideales morales a través de las culturas. En la cultura china, como es el caso de muchas otras, se ha visto como una virtud importante el seguir lo que es correcto y bueno, incluso si es de origen extranjero. El proverbio chino "congshan ruli" ha incitado e incluso exigido a la gente a seguir "lo bueno" de modo tan natural como la manera en que un río sigue su curso.

La historia china ha demostrado que los chinos han tenido un papel muy activo cuando aprenden de otra cultura. (Naturalmente, el resistirse a lo extranjero siempre se ha visto acompañado del procedimiento de aprender y asimilar las cosas.) El hecho de que China importó el budismo y que lo integró en su vida sociocultural nos brinda un ejemplo ilustrativo acerca del carácter abierto de dicha cultura. De hecho, Lu Xun, el más sobresaliente pensador y escritor chino del siglo XX, ha propuesto su bien conocido "proceso de asimilación" ("nalai zhuyi"), la esencia de lo que es "un esfuerzo activo por tomar de la cultura extranjera lo que es bueno para China y útil para los chinos y por recuperar lo que puede ser inherentemente chino".³²

Es un error ver esos así llamados "valores occidentales" como puramente occidentales y sacar la conclusión de que China no tiene ni semilla ni terreno fértil para ellos. Por ejemplo, en gran medida la idea de los derechos humanos ya ha sido un valor chino. En su maravilloso trabajo pionero, la estudiosa sueca Marina Svensson ha estudiado la introducción de la noción de los derechos humanos en China y el debate que se suscitó en forma continua en esa materia desde 1898 hasta 1949. Ella encontró que los chinos han discutido los derechos humanos en un grado mucho

³¹ William Theodore de Bary, "Introduction", en William Theodore de Bary y Tu Wierming (eds.), *Confucianism and Human Rights*, Nueva York: Columbia University Press, 1998, p. 24.

³² Véase Zhang Longxi, "Western theory and Chinese reality". *Critical Inquiry* 19 (otoño 1992):106-130.

mayor, de más complejidad y riqueza, de lo que generalmente se ha supuesto. Entre las conclusiones a las que llegó Svensson figuran las siguientes: los chinos no solamente comprendían la idea original de los derechos humanos, sino que podían relacionar esa noción con el contexto sociopolítico de sus tiempos. Ellos creían que la dignidad y el valor del ser humano deben ser respetados, pues un ser humano que carece de derechos humanos es igual que un esclavo o una bestia. Los chinos intentaban establecer la legitimidad cultural de los derechos humanos en su país al incorporar esa noción a preocupaciones muy confucianas acerca de la humanidad, la naturaleza humana y lo que distingue a los seres humanos de las bestias.

Al contrario de lo que podría suponerse, por lo general se ha pensado que el sujeto de los derechos es el individuo y no la colectividad; los chinos tendían a poner igual énfasis en los derechos y deberes, subrayando el hecho de que los deberes sin los derechos rebajan al ser humano al nivel de un esclavo. Aparte de la tecnología y del poder militar, el respeto y la promoción de los derechos humanos eran considerados como una de las principales razones para Occidente, en tanto que la salvación nacional era la principal preocupación y se pensaba que los derechos humanos constituían un medio para la causa. También se argumentaba que el sacrificio de la libertad individual no promueve la libertad nacional; los chinos tendían a aceptar la idea de los derechos humanos como universal y aplicable a su país.³³

La visión tradicional acerca de los “valores occidentales” y China no solamente es problemática desde un punto de vista teórico, sino que es dañina y peligrosa en un sentido político. Es muy revelador observar para quiénes son más atractivos el lenguaje de los derechos humanos, el derecho a la privacidad y el principio del consentimiento informado. Después de todo, son “apelados por las personas que sienten que se les está privando de ellos, y las personas a quienes aquellas dirigen sus reclamaciones rara vez las consideran como legítimas o válidas”.³⁴ Permítame contar una anécdota que viví el año pasado cuando estaba de via-

je en China. Sucedió en el avión antes de que despegara. Dos pasajeros masculinos —uno muy alto y robusto, el otro de corta estatura y un poco débil— se pusieron a discutir. Puesto que el hombre alto y robusto amenazó con recurrir a la fuerza física, el hombre pequeño dijo: “¿Se atrevería a pegarme? Eso es una violación de mis derechos humanos”. Es posible que ese incidente sea trivial, pero el mensaje que contiene no lo es. El vocabulario que el chino pequeño estaba usando es de origen occidental, pero el contexto y el contenido definitivamente son chinos.

Por otro lado, son los que están en el poder, como los del gobierno, quienes abogan por la perspectiva tradicional y relativista. En cuanto al consentimiento informado en la atención para la salud, los profesionales médicos chinos también sustentan dicha perspectiva. En su libro sumamente importante y provocador sobre los elementos éticos que son universales en la medicina, Ruth Macklin ha señalado:

Hay un desfase entre las declaraciones de líderes tradicionales y las perspectivas de los activistas a favor de la reforma social, los académicos, profesionales y los líderes comunitarios quienes conocen y se preocupan por los derechos individuales, las instituciones participativas y otros así llamados “valores occidentales”. Hay un desfase entre las declaraciones de personas que defienden un statu quo que perpetúa un sistema social opresivo y jerárquico, por un lado y personas de las mismas culturas que abogan por el cambio social basado en principios éticos muy parecidos a los principios de la humanidad y la benignidad. ¿Es posible dar cuenta de las creencias y los valores de este último grupo solamente bajo la hipótesis de que se han dejado engañar por el imperialismo cultural de Occidente? Ese supuesto denigra a los defensores de la reforma al insinuar que no son o no pueden ser pensadores independientes, sino que son seguidores serviles de los conceptos morales de Occidente con los cuales entran en contacto y que intentan emular.³⁵

³³ Marina Svensson, *The Chinese Conception of Human Rights: The Debate on Human Rights in China, 1898-1949*. Suecia: Lund, 1996.

³⁴ *Ibid.*, p. 14.

³⁵ Ruth Macklin, *Against Relativism: Cultural Diversity and the Search for Ethical Universals in Medicine*. Nueva York y Oxford: Oxford University Press, 1999.

Una crítica común en contra de la importación de esos así llamados “valores occidentales” a sociedades no occidentales se refiere al imperialismo en materia de derechos humanos y el imperialismo cultural. Es necesario tomar esa crítica en serio, especialmente si alguien impone esos valores en una cultura no occidental independientemente de las voluntades y los deseos de la gente de sociedades no occidentales. Pero más bien, el caso se vuelve bastante distinto si la gente de sociedades no occidentales siente que esos valores son útiles e incluso eficaces para sus luchas. Si la gente de culturas no occidentales ve los así llamados “valores occidentales” como importantes para ellos, ¿se les debería prohibir emplearlos por razones éticas? Pienso que no.

Un médico e investigador chino que participó en un proyecto internacional de investigaciones biomédicas que incluía a algunos residentes de áreas rurales, en alguna ocasión expresó dos razones importantes para oponerse a la introducción del consentimiento informado en las investigaciones biomédicas en China. En primer lugar, es una idea totalmente ajena a la práctica médica en China y sería desconocida para los participantes chinos en dichas investigaciones. Por lo tanto, es probable que la práctica del consentimiento informado suscite sospechas entre los participantes de un proyecto de investigación. En segundo lugar, debido a la complejidad de la biomedicina, sería difícil, si no imposible, que los participantes chinos comprendieran lo que se les informaba.³⁶

Opino que las razones esgrimidas por el médico e investigador chino no son lo suficientemente buenas para sustentar su oposición. Primeramente, la biomedicina que él ejerce era considerada ajena o extraña incluso hasta los primeros años del siglo XX; hoy en día se sigue refiriendo a ella como “xiyi” (medicina occidental) en contraste con “zhongyi” (medicina tradicional china). En segundo lugar, es posible que las actuales prácticas médicas en las que no se busca el consentimiento informado de los pacientes no sean apoyadas desde un punto de vista ético, incluso de acuerdo con la tradición moral “aborigen china”. De hecho, la mayoría de los eticistas médicos chinos sostienen que el principio del consentimiento informado

debe ser respetado y ese principio ha sido incluido en muchos textos chinos sobre la ética médica. En tercer lugar, según mis experiencias y mis conocimientos, algunos médicos e investigadores biomédicos chinos están cuestionando las prácticas actuales. En el ejercicio de la atención para la salud y en las investigaciones médicas en China, existe una suerte de consentimiento informado o algunos tipos de búsqueda de permisos, si bien la noción del consentimiento informado todavía no ha sido aceptada en forma amplia e institucional. En cuarto lugar, puede ser difícil para los pacientes, especialmente para personas sin instrucción que viven en áreas rurales, comprender los términos técnicos de la biomedicina. Pero eso no significa que sean incapaces de entender, comparar y aquilatar los posibles beneficios y potenciales daños que las intervenciones médicas puedan ocasionarles. En quinto lugar, y lo que es más importante, el médico e investigador chino no tomó en cuenta si los pacientes chinos querían ser informados o no. Parece que él suponía que a los pacientes chinos no les importa si se les informa o no. Pero hasta donde yo sé, los chinos desconfían de los profesionales médicos y de los hospitales tanto como generalmente suponemos.

No tengo conocimiento de ningún estudio empírico sistemático acerca de si el respeto de la privacidad y el consentimiento informado en la medicina, en las investigaciones sociales y en otras áreas son deseables o no para los chinos. Considero que sí son deseables para ellos, al menos para muchos. En mis investigaciones sobre las perspectivas que los chinos tienen respecto al aborto, intenté seguir el principio y los requerimientos del consentimiento informado tal como yo los comprendo. Por ejemplo, antes de una entrevista, siempre digo algo así:

Actualmente, estoy estudiando un doctorado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Texas en Estados Unidos. Antes di clases en la Facultad de Hunan de Medicina Tradicional China en Changsa, provincia de Hunan. Estoy llevando a cabo una investigación sobre las opiniones y experiencias de las chinas para mi tesis de doctorado. Gracias por permitirme entrevistarla. Le voy a hacer algunas preguntas; ninguna de ellas tiene una respuesta correcta o incorrecta. Lo que más me interesa son sus propias opiniones y experiencias acerca de este tema y no lo que

³⁶ Ibid., pp. 190-193.

otro individuo, organización o institución dice. Siéntase con la confianza de rehusar contestar cualquiera de mis preguntas. Si desea terminar la entrevista, no vacile en comunicármelo. Es posible que utilice lo que Ud. declara en mi tesis y en futuras publicaciones en lengua inglesa y china. Desde luego que cualquier información que pudiera revelar su identidad será alterada con el propósito de garantizar la confidencialidad.

Todas las sesenta mujeres a las que entrevisté, incluyendo a casi una docena de residentes de áreas rurales, escucharon con mucha atención lo que explicaba. Ninguna se opuso a ello como algo extraño. En términos generales, las mujeres entrevistadas estaban muy dispuestas a hablar y parecían estar bastante contentas con la entrevista. En ocasiones fue asombrosa su buena voluntad para hablar de asuntos privados con el investigador quien, para ellas, era un extraño. Atribuyo dicha buena voluntad en parte a que les había manifestado un sincero respeto por su privacidad y mi agradecimiento por el hecho de que iban a compartir conmigo sus opiniones y experiencias personales.

Hasta ahora he sostenido que es un error considerar la privacidad y el consentimiento informado como elementos completamente específicos en sentido cultural y por lo tanto, no aplicables y no deseables en China. Permítaseme presentar situaciones que viví en mis investigaciones de campo, a fin de ilustrar mejor esta aseveración. La mujer parecía tener poco más de veinte años. Acudió a la clínica de planificación familiar con el propósito de tener un aborto. Su médico me la presentó porque ella ya había tenido un aborto. Después de que yo obtuviera el permiso de la mujer, en parte bajo la influencia de su médico, empecé a entrevistarla y a tomar apuntes. Me informó que continuaría con su embarazo si le fuera posible. (No quedó claro si estaba allí debido a la política o por alguna razón personal.) A menudo pensaba en el primer feto que ella había abortado, imaginando cuántos años tendría el niño ahora si no se hubiera sometido a ese aborto. El primer aborto fue físicamente doloroso para ella puesto que en China, los abortos generalmente son practicados sin anestesia. Tenía mucho miedo de este aborto que ya estaba programado. Aunque aceptó ser entrevistada, casi no quería hablar.

Como yo podía percibir su temor y nerviosismo, de nuevo puse énfasis en el carácter anónimo de esta

investigación. Pero ella respondió que el médico ya conocía toda esa información y que él me la podría proporcionar. Cuando le pregunté si debía devolverle los apuntes que había tomado, ella titubeó. Parecía que tenía mucha disposición de ayudarme con la investigación. Pero tenía mucho miedo. Entonces arranqué esa hoja de mi cuaderno e insistí en devolvérsela. Le dije sinceramente: "En realidad no quiero que Ud. tenga miedo o que se preocupe por su participación en esta investigación". Luego ella se fue, llevándose la hoja. No sé a ciencia cierta qué le infundió a esa joven tanto miedo y preocupación acerca de la entrevista. Lo que es indudable es que obviamente, quería tener a ese niño. Me parecía que no había crecido en una familia privilegiada y que tampoco se había graduado en una universidad, tampoco estaba trabajando en una profesión reconocida.

La mujer en cuestión era muy vulnerable. Para la gente vulnerable, el concepto del derecho a la privacidad y el lenguaje de los derechos humanos pueden constituir armas poderosas para que ellos les digan "no" a las autoridades. El principio del consentimiento informado puede ser una medida importante para proteger los intereses y el bienestar de la gente vulnerable. Si en este caso el investigador o el médico hubieran ejercido presiones indebidas sobre la mujer respecto a este asunto y si la mujer hubiera utilizado términos tales como "privacidad" y "consentimiento informado" para protegerse, ¿podríamos decirle: "Oiga, Ud. está empleando los valores occidentales. Pero estamos viviendo aquí en China y por lo tanto, su resistencia no es válida."?

Cuando reporté ese caso en mi trabajo sobre el aborto en China, escribí lo siguiente en una nota de pie de página:

Si por casualidad esa joven llega a leer este trabajo, tengo un breve mensaje para ella. "Querida joven temerosa: Disculpeme por narrar su historia en mi investigación. Pero confío en que nadie, salvo Ud. y yo, salvo el cielo y la tierra, sabe de quién es la historia que estoy relatando. No sé su nombre ni su identidad. No se los pregunté a su médico. Pero aún recuerdo claramente y jamás olvidaré el temor que se revelaba en su cara, en sus ojos y en sus gestos algo torpes. Creo que de

alguna manera comprendo su temor y sus actitudes ambivalentes respecto a la entrevista, aunque no sé exactamente por qué Ud. tiene tanto miedo. Ud. no está sola. Estoy contando su historia con la esperanza de que se den algunos cambios positivos”.

Por lo tanto, para mí la cuestión no consiste en si los derechos a la privacidad y el principio del consentimiento informado deben ser respetados o no dentro del contexto sociocultural chino, sino más bien cómo deben ser respetados. Mientras que sostengo que la privacidad y el consentimiento informado deben ser respetados en China, especialmente si los chinos sienten que son deseables e importantes para sus luchas en contra de las injusticias sociales y los maltratos, jamás es mi intención afirmar que la cultura no importa. El contexto sociocultural no solamente es relevante, sino que es significativo, particularmente en términos de cómo respetarlos. A fin de ilustrar esto, me tomaré la libertad de referirme a otro caso o suceso que surgió en mis investigaciones de campo.

Una mujer que tenía poco más de treinta años estaba consultando a un médico en una clínica de planificación familiar para someterse a una prueba de embarazo. Su médico, que anteriormente le había practicado un aborto, pensó que yo podría entrevistar a esa paciente acerca de su experiencia. La mujer parecía ser muy tímida. Al principio rehusó enérgicamente cumplir con la sugerencia de su médico y mi petición. Insistió en que no tenía mucha instrucción (“meiyou wenhua”), que no sabía hablar correctamente (“buhui shuohua”) y que no tenía nada que decir acerca del tema (“meiyou shenme huaoshuo de”). Le dije que ninguna de esas cosas importaba, que lo que me interesaba de ella eran sus sentimientos y experiencias, por lo que pensaba que ella tendría algo interesante que decir. Aún no estaba muy convencida. Aunque estaba dispuesto a dejar que se retirara, sus médicos de alguna manera ya habían logrado jalarla hacia una silla para que se sentara enfrente de mi escritorio. Luego comenzó la entrevista. Resultó que, efectivamente, tenía mucho que decir. Un punto singular que sacó era que cada mujer debe experimentar todo cuanto una mujer pudiera experimentar, incluso el aborto.

Distintas culturas comprenden y definen lo privado y lo público de maneras muy diferentes. Lo que se considera privado o no, varía enormemente entre distintas culturas y sociedades. Por ejemplo, para las chinas la edad generalmente no es un tema tan privado y delicado como para las de Occidente. Pero el sexo es un tema mucho más privado en la cultura china que en Occidente. Además, para las mujeres chinas el aborto no es tan privado como para la mayoría de las norteamericanas. Las preguntas que planteé en mis entrevistas eran muy personales e íntimas, entre las cuales estaban: “¿Qué razón(es) tenía para decidir tener un aborto?” “¿Cómo tomó esa decisión?” “¿Consultó Ud. con alguien --su esposo o novio o madre o amigo o alguna otra persona?” “¿Cómo se sintió cuando se sometió al aborto? ¿Fue doloroso?” “¿Cómo se sintió después de tener el aborto?” “¿Vio Ud. el tejido abortado?” “¿Piensa Ud. algunas veces en el feto que abortó? ¿Qué siente respecto al feto que abortó?” Pero la mayoría de las chinas a las que entrevisté no tenía ninguna dificultad obvia en hablarme de su experiencia personal. Eso es en parte porque, para las mujeres chinas, el aborto no es un asunto tan privado como para las mujeres norteamericanas.

En términos de procedimientos, simplemente seguir la actual práctica estándar de Occidente del consentimiento informado no funciona en China debido a su particular contexto sociocultural. En realidad, el principio general del consentimiento informado tuvo que ser modificado en mis entrevistas con mujeres chinas a lo largo de ese país. Es cierto que las mujeres chinas aprecian mucho la privacidad, la autonomía y el “yo”, pero al parecer en algunos sentidos de manera distinta que sus contrapartes norteamericanas. En mi trabajo de campo, casi todas las mujeres se sentían cómodas e incluso algunas exigían ser entrevistadas en presencia de sus amigos o médicos. Además, la necesidad de “guanxi” (contactos personales establecidos por medio de instituciones e individuos tales como amigos y colegas) para llevar a cabo el trabajo de campo en China de manera ética y exitosa hace del asunto de la privacidad algo más complejo de lo que pareciera.

Antes de concluir el presente trabajo, quisiera señalar tres peligros inherentes a las investigaciones sociales tipo occidental sobre la privacidad: 1) la imposi-

ción subconsciente e inconsciente de los juicios y valores morales del investigador sobre sus sujetos, 2) la fuerte tentación a hablar por los sujetos y a ser su representante o vocero y 3) la tendencia intelectual a minimizar, simplificar o incluso pasar por alto las siempre diversas perspectivas y las singulares experiencias de los sujetos cuando se conceptualiza e interpreta los datos resultantes del trabajo de campo. En tanto que la mayor parte de las entrevistas a profundidad tradicionales e incluso toda la empresa de las investigaciones sociales modernas han sido criticadas, especialmente por las estudiosas feministas, como no éticas o éticamente problemáticas, para mí lo que nos debe interesar es cómo realizar las investigaciones sociales en general y las entrevistas en particular de la manera tan moral y humana como sea posible, en vez de preguntar si dichas actividades son éticamente justificables. Las investigaciones sociales pueden desempeñar un

papel significativo (aunque eso no necesariamente sucede) para socavar el totalitarismo y las dictaduras, las injusticias sociales, los abusos de poder, los sesgos y prejuicios culturales. Las buenas investigaciones sociales han hecho mucho por apoyar y seguirán apoyando a la gente menos privilegiada y a los desposeídos, a aquellas personas que son víctimas de todo tipo de opresión, explotación, discriminación y a aquellas personas que no han podido desarrollar una voz o que han sido silenciadas, para que encuentren la manera de tener una voz y, finalmente, expresarse. Junto con las buenas indagaciones morales, las buenas investigaciones sociales deben poder hacer una aportación positiva a la causa de la gente y a la construcción de un mejor futuro.

Traducción del inglés
Susan Beth Kapilian

AUTONOMÍA, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN EN ARGENTINA

SUSANA E. SOMMER Y MARÍA VICTORIA COSTA

Universidad de Buenos Aires y Universidad de la Plata, Argentina

1. Críticas recientes a la autonomía y al consentimiento informado

En la literatura bioética actual, la noción de respeto por la autonomía ocupa un lugar prominente, particularmente como fundamento de la doctrina legal y moral del consentimiento informado. La mayoría de los bioeticistas consideran que la noción de respeto por la autonomía constituye una valiosa herramienta moral con la que se puede defender los intereses de los hombres y de las mujeres como pacientes y también como participantes de las investigaciones biomédicas. Pese a su amplia aceptación, recientemente esta noción ha sido objeto de diversas críticas.

Un primer bloque de críticas se centra en ciertas limitaciones que tienen determinadas concepciones teóricas de la autonomía. Pero el hecho de que algunas teorías sobre la autonomía tengan deficiencias no demuestra que la propia noción de respeto por la autonomía deba ser abandonada. Más bien, esto sugiere que dicha noción debe ser interpretada de manera distinta.³⁷ Un segundo bloque de críticas versa sobre la aplicación de la noción del respeto por la autonomía en las prácticas de consentimiento informado, señalando que las prácticas reales distan mucho de cumplir con las recomendaciones necesarias. Esas críticas

se refieren a una variedad de limitaciones en cuanto a la práctica del consentimiento informado en aquellos países donde se aplica de manera rutinaria. Por ejemplo, bioeticistas feministas han señalado que esta práctica tiende a ser muy influida por los patrones existentes de poder y autoridad dentro del contexto médico y en la sociedad en su conjunto, que pueden impedir que los pacientes den un consentimiento que verdaderamente sea válido.³⁸ Ahora bien, la mayoría de esas críticas no sugieren que abandonemos las ideas de respeto por la autonomía y de consentimiento informado. Por el contrario, deberían conducirnos a desarrollar estrategias para rediseñar la manera en que tiene lugar el consentimiento informado, para que responda en forma más adecuada a los intereses de los pacientes.

Sin embargo, existe un tercer bloque de críticas que consideramos en cierto sentido peligrosas y que pensamos que hay que abordar, tomando en cuenta los problemas específicos de América Latina en general y de nuestro propio país en particular, Argentina.

³⁷ Entre las numerosas discusiones críticas acerca de la autonomía y la toma de decisiones terapéuticas pueden consultarse en James F. Childress, "The Place of Autonomy in Bioethics", *Hastings Center Report* 1990; John Hardwig, "What about the Family?" *Hastings Center Report* 1990, 20 2; Jeffrey Blustein, "The Family Medical Decision-making", *Hastings Center Report* 1993, 23 3; Terrence F. Ackerman, "Medical Ethics and the Two Dogmas of Liberalism", *Theoretical Medicine* 1984, 5 1; Arleen Salles, "Toma de decisiones terapéuticas", en Florencia Luna y Arleen Salles (eds.), *Bioética: Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*, Buenos Aires, Sudamericana, 1998.

³⁸ Véase Susan Sherwin, "A relational approach to autonomy in health care" en Susan Sherwin (coord.), *The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy*, Philadelphia, Temple University Press, 1998. También Anne Donchin, "Understanding autonomy relationally: Toward a reconfiguration of bioethical principles", *Journal of Medicine and Philosophy* 1998, 23 4. Además de señalar limitaciones de las prácticas de consentimiento informado, Sherwin y Donchin realizan una crítica de las teorías predominantes de la autonomía empleadas por los bioeticistas. Otras concepciones feministas de la autonomía que han sido muy influyentes son las de Marilyn Friedman, "Autonomy and Social Relationships: Rethinking the Feminist Critique", en Diana T. Meyers (ed.), *Feminists Rethink the Self*, Boulder, Westview Press, 1996; y Diana T. Meyers "The Socialized Individual and Individual Autonomy: An Intersection between Philosophy and Psychology", en Eva Feder Kittay and Diana T. Meyers (eds.), *Women and Moral Theory*, Totowa, Rowman and Littlefield, 1987.

Dichas críticas apelan a la existencia de diferencias culturales y ponen en tela de juicio la validez de la noción de autonomía y del requerimiento de obtener el consentimiento informado, etiquetando ambos como nociones extranjeras, resultantes de un “imperialismo moral”. Por lo general, esas críticas sostienen que la idea de respeto por la autonomía no es un principio adecuado para la práctica médica en sociedades como las latinoamericanas, donde se supone que los hombres y las mujeres no están acostumbrados a ser informados o a ejercer sus capacidades para la toma de decisiones, o bien no desean serlo o hacerlo.³⁹ Podría parecer que esas críticas reciben apoyo empírico del hecho de que el consentimiento informado no es una práctica común en nuestras sociedades. Arleen Salles ha discutido en detalle distintas versiones de esas críticas y ha mostrado sus falencias.⁴⁰ En vez de examinarlas, retomaremos dos aseveraciones importantes que ella realiza y con las cuales concordamos. En primer lugar, no es cierto que todos los pacientes no desean ser informados ni desean tomar decisiones médicas, por lo cual la actual práctica no es satisfactoria, al menos para algunos latinoamericanos —entre quienes nos incluimos. Por otra parte, aún en el caso de que un número considerable de personas en América Latina prefirieran un sistema de atención para la salud de tipo paternalista —quizás porque están acostumbradas a recibir ese tipo de atención—, de ese hecho no se desprende que ese sistema de atención para la salud sea inmune a toda crítica moral. La aceptación generalizada del statu quo es un problema que el feminismo y otros movimientos sociales progresistas siempre han tenido que abordar.

En este trabajo, ofreceremos una defensa de la noción del respeto por la autonomía, señalando su importancia para el diseño de las políticas públicas con vistas a mejorar la práctica médica en las sociedades latinoamericanas, especialmente en cuanto a las experiencias de las mujeres como pacientes. Nuestro método para ofrecer esa defensa consistirá en una discu-

sión de la práctica de la anticoncepción y de la esterilización voluntaria en Argentina, que incluye una breve revisión de las leyes y reglamentaciones recientes y de las características de las actuales prácticas médicas.⁴¹ En nuestra discusión de la anticoncepción y de la esterilización voluntaria en Argentina, identificaremos ciertos obstáculos claves para el empoderamiento de las mujeres, obstáculos que consideramos podrían superarse por medio de un reconocimiento más amplio del principio del respeto por la autonomía. Eso, a su vez, permitiría aumentar el control personal que las mujeres tienen sobre sus decisiones en materia reproductiva y mejorar la calidad de sus vidas.

2. El acceso a la anticoncepción y la elección informada de métodos anticonceptivos

Históricamente, Argentina ha tenido una tasa de fecundidad bastante baja y una población relativamente pequeña. Por ello en distintas épocas se han implementado diversas políticas gubernamentales a fin de incrementar el tamaño de la población. Entre dichas políticas figuran severas restricciones al acceso a la anticoncepción por parte de las mujeres en los años setenta y principios de los ochenta. Tales restricciones se basaban en la ideología de que el crecimiento y la seguridad nacionales requieren de una mayor población y en el supuesto de que las metas nacionales autorizan a pasar por alto los intereses y derechos individuales. De hecho, los gobiernos autoritarios de los años setenta y ochenta no mostraron preocupación alguna por los derechos humanos más básicos de hombres y mujeres, lo cual es congruente con el supuesto de que la importancia de las “necesidades geopolíticas” constituía una razón apropiada para restringir el uso de los anticonceptivos.⁴²

En 1986, durante el primer gobierno democrático después de la dictadura militar, se puso fin a la prohi-

³⁹ Diego Grazia sostiene tesis similares acerca de la cultura latina en general. Véase “Hard Times, Hard Choices: Founding Bioethics Today”, *Bioethics* 1995, 9; y “The Intellectual Basis of Bioethics in Southern European Countries”, *Bioethics* 1993, 7.

⁴⁰ En Arleen Salles, “Autonomy and culture: The case of Latin America” en Arleen Salles y María Julia Bertomeu (eds.), *Bioethics: Latin American Perspectives*, Rodopi, en prensa.

⁴¹ Hemos analizado con mayor detalle las leyes argentinas relativas a cuestiones reproductivas en María Victoria Costa y Susana E. Sommer, “Women’s reproductive rights and public policy in Argentina” en *Bioethics: Latin American Perspectives*, op. cit.

⁴² Mónica Gogna y Silvina Ramos, “El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública”, *Perspectivas bioéticas*, 1996, 1 2.

bición de ofrecer servicios de anticoncepción en los hospitales públicos, mediante un decreto presidencial, en el que se aseveraba que cada ciudadano tiene el derecho de tomar decisiones libres y responsables sobre su reproducción. Aunque en la actualidad el uso de los anticonceptivos ya no está prohibido, sigue habiendo un problema para que las mujeres más pobres puedan obtener acceso a métodos anticonceptivos seguros. En la última década, feministas que pertenecen a diferentes partidos políticos han trabajado de manera conjunta para presentar y hacer aprobar proyectos de ley que intentan asegurar el suministro público de anticonceptivos y servicios médicos afines, tanto a nivel nacional como provincial y local. Dichos proyectos de ley han enfrentado dificultades para su aprobación debido a la influencia de algunos miembros de la Iglesia Católica que tratan de imponer sus propios puntos de vista respecto a la sexualidad y la procreación.

A fines de los años noventa, se discutió un proyecto para una ley nacional sobre la "Procreación Responsable", pero debido a presiones ejercidas por grupos católicos dicha ley no fue promulgada. Los legisladores católicos presionaron para incluir diversas restricciones en la ley, en particular: el reconocimiento de una objeción de conciencia por los médicos que no querían proporcionar servicios anticonceptivos que su religión prohibía; el requerimiento del consentimiento de los padres, o al menos la notificación a éstos, en el caso de adolescentes que solicitan información y anticonceptivos; y la exclusión de los dispositivos intrauterinos (DIU), basada en la aseveración de que se trata de un método abortivo. Finalmente, el proyecto de ley no contó con suficiente apoyo para ser promulgado. En cambio, varios proyectos de ley sobre la "Procreación Responsable" o la "Salud Reproductiva" se han convertido en ley en el distrito federal de Buenos Aires y en algunas provincias —La Pampa, Río Negro, Córdoba, Chaco, Neuquén, Mendoza y Buenos Aires. Asimismo, se están discutiendo proyectos de ley similares en otras provincias y en diversos ayuntamientos en diferentes partes del país.⁴³ Los debates públicos que se han llevado a cabo acerca de esos proyectos de ley han tenido características similares —el

mismo tipo de argumentos a su favor y en su contra fueron presentados—, de manera tal que comentaremos sobre el más reciente como ejemplo.

En la ciudad de Buenos Aires en junio de 2000, se promulgó una ley sobre la "Salud Reproductiva y la Procreación Responsable" pese a manifestaciones públicas realizadas por asociaciones católicas que afirmaban que la ley era "pro-aborto" y en contra de "los derechos de los padres de familia". De hecho, la ley no tenía nada que ver con el aborto. Entre las otras objeciones a la ley, figuraba el hecho de que ésta no requería que los adolescentes obtuvieran el consentimiento de sus padres a fin de recibir tanto información como anticonceptivos, y se sostenía que esa política violaba los derechos de custodia de los padres. Pero esa aseveración es exagerada, puesto que la ley solamente decía que los hospitales públicos proporcionarían información, anticonceptivos y servicios médicos a las personas en edad reproductiva que los solicitaran. La ley no creaba un nuevo derecho legal para los adolescentes porque actualmente no se requiere el consentimiento de los padres para quien se atiende en una institución privada y puede costear los servicios de la misma. Además, dicha objeción presupone que los padres tienen un derecho de controlar el comportamiento sexual y reproductivo de sus hijos adolescentes y pasa por alto los derechos de los adolescentes a tomar decisiones informadas. Otras objeciones se dirigían a la inclusión del DIU entre los métodos que serían ofrecidos en los hospitales y a que no había una cláusula sobre la objeción de conciencia de los médicos. Pero no es cierto que el DIU sea abortivo. Por otra parte, el DIU ha sido aprobado legalmente y ha estado disponible en el mercado argentino desde los años setenta, de manera tal que el único cambio introducido por la ley consistiría en hacerlo más accesible para las mujeres de bajos ingresos.

Es algo más defendible la idea de incluir una cláusula sobre la objeción de conciencia de los médicos, pero pensamos que los argumentos a favor de la misma no son decisivos. Porque si a los médicos no se les exige ofrecer información completa sobre métodos anticonceptivos alternativos, las mujeres (con o sin su pareja) no pueden hacer una elección informada del método que mejor se adapte a sus necesidades. Actualmente, algunos médicos sólo recomiendan y dan

⁴³ Véase Mabel Bianco et al., *Mujeres sanas, ciudadanas libres*, Buenos Aires, FEIM, Foro por los Derechos Reproductivos, CLADEM, FNUAP, 1998.

información sobre aquellos métodos que son aprobados por su religión, por ejemplo la abstinencia periódica. Como resultado, las mujeres reciben información incompleta y bastante engañosa. Si se incluyera una cláusula que otorga a los médicos el derecho a la objeción de conciencia, en esencia la ley socavaría el requisito de proporcionar información completa. Consideramos que es preferible no incluir esa cláusula en la ley y permitir excepciones legales para médicos individuales que puedan demostrar que la ley los obligaría a actuar en contra de convicciones muy arraigadas.⁴⁴

Los comentarios anteriores invitan a una reflexión más amplia sobre las limitaciones que incluso las mujeres adineradas pueden afrontar respecto a la elección voluntaria de métodos anticonceptivos. Dichas limitaciones están relacionadas con el tipo de servicios médicos que anteceden la elección de anticonceptivos en nuestro país. Tomando en consideración los requerimientos de consentimiento informado respecto a la elección de métodos anticonceptivos, los bioeticistas recomiendan que los médicos discutan en detalle los riesgos y beneficios de distintos métodos alternativos, a fin de encontrar el que es más conveniente para una mujer (y su pareja) dada su edad, condiciones de salud, preferencias y otras circunstancias relevantes. Los médicos deberían explicar cuidadosamente cómo funciona el método seleccionado, y asegurarse de que esta información sea comprendida adecuadamente. Asimismo, deberían alentar a sus pacientes a que les comuniquen cualquier problema que tengan con su método anticonceptivo a fin de cambiarlo si éste no se adecua a sus necesidades.⁴⁵

Como ya hemos mencionado, el consentimiento informado no es una práctica generalizada en nuestro país.⁴⁶ Eso significa que por lo general, los médicos no han recibido una capacitación acerca de la importancia de discutir qué método anticonceptivo es el más

adecuado para una mujer o una pareja determinada, según sus circunstancias particulares. Más bien, los médicos tienden a ser demasiado confiados en cuanto a sus conocimientos acerca de lo que les conviene más a sus pacientes. Además, algunos médicos omiten ciertos métodos como una opción debido a sus creencias religiosas, como en el caso del DIU y de la anticoncepción de emergencia.⁴⁷ En los hospitales públicos, otros factores —tales como una escasez de métodos anticonceptivos alternativos disponibles en forma gratuita, o un número insuficiente de personal médico, lo cual resulta en poco tiempo para atender a cada paciente— tienen un claro impacto sobre las recomendaciones hechas por los médicos y sobre la “elección” final de un método por las pacientes. Por último, vale la pena mencionar la existencia de limitaciones derivadas de la disponibilidad de los productos en el mercado argentino —por ejemplo, el condón femenino es bastante costoso y difícil de obtener.

En nuestra opinión, una discusión sobre limitaciones existentes para la elección anticonceptiva y las causas de las mismas permite ilustrar la importancia de lograr una mayor aceptación por parte del público de la idea del respeto por la autonomía de las mujeres. Algunas de las limitaciones sobre la elección anticonceptiva provienen de la falta de un financiamiento público adecuado para los servicios de anticoncepción, lo que, a su vez, es resultado de la influencia de creencias religiosas sobre las leyes en materia de salud pública, creencias que niegan la autoridad de las mujeres para decidir respecto a su propia sexualidad y reproducción. Otras limitaciones se derivan de una tradición médica paternalista que se ha desarrollado en el contexto de una sociedad que apenas muy recientemente empezó a reconocer la importancia de los derechos individuales. Por una parte, los médicos no se preocupan lo suficiente por discutir las alternativas con sus pacientes y por otra, éstos no siempre conocen su propio derecho de ser informados. Eso ayuda a explicar la práctica limitada del consentimiento informado. Pero no justifica la manera en que tiene lugar la atención médica, aun cuando parece aceptada por un número considerable de pacientes.

⁴⁷ Véase Zulema Palma, “La anticoncepción de emergencia, un aporte para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”, en *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, op. cit.

⁴⁴ Para una discusión de la permisibilidad de la objeción de conciencia por parte de los médicos, véase Mark R. Wicclair, “Conscientious objection in medicine”, *Bioethics* 2000, 14 3.

⁴⁵ Véase Robert Hatcher et al., *Contraceptive Technology: 1986-1987*, New York, Irvington, 1986, p. 232.

⁴⁶ Para investigación empírica acerca de las actitudes de los médicos véase Elsa López y Liliana Findling, “La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva”, en *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, AEPA. CEDES, CENEP, 1998.

3. La ligadura de trompas

La ligadura de trompas no es un procedimiento común en nuestro país. Las mujeres se enfrentan a limitaciones en cuanto al acceso a la misma, en particular las de menores recursos. Hay que confesar que en esta materia, la situación de Argentina es bastante especial, puesto que en otros nueve países latinoamericanos, la esterilización femenina es el método anticonceptivo más común entre mujeres con una pareja permanente.⁴⁸ Según la legislación argentina, aun cuando existe el consentimiento por parte de un adulto competente “Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina: practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores.”⁴⁹ A fin de permitir la esterilización, la ley requiere el consentimiento escrito de la paciente y una razón médica precisa para realizar la cirugía, aparte de requerir que se hayan agotado todos los procedimientos alternativos. El único caso claro en que se justifica la esterilización es para salvar la vida de la paciente; en ese caso, los médicos recurren a esta práctica. Si la razón para realizar una esterilización consiste solamente en evitar la procreación, es posible que la intervención del médico se considere como dañina y que éste pueda ser sometido a un juicio legal. Los requisitos de una “recomendación terapéutica” y de “una falta de alternativas” que se estipulan en la ley podrían ser interpretados de manera liberal a fin de autorizar la mayor parte de las solicitudes de esterilización, pero en muchos casos los médicos tienden a asignar prioridad a la preservación del llamado “funcionamiento natural” del cuerpo. Este punto de vista a veces se apoya en una perspectiva según la cual existe una ley natural que regula el uso apropiado del cuerpo de una persona, que tiene sus raíces en la tradición católica. En consecuencia, la línea de separación entre los procedimientos que deberían ser permitidos y los que deberían ser ilegales se ha trazado en el lugar equivocado.

⁴⁸ Aurelio Molina, “Anticoncepción, salud reproductiva y ética”, en Lucila Scavone (ed.), *Género y salud reproductiva en América Latina*, Cartago, Libro Universitario Regional, 1999, p. 89.

⁴⁹ Argentina, Ley 17.132, artículo 20, párrafo 18.

Algunos médicos sí realizan esterilizaciones. En muchos casos, a fin de evitar cualquier problema legal, dichas esterilizaciones se practican junto con otros procedimientos ginecológicos. Sin embargo, muchos médicos se niegan a ligar las trompas, ya sea para prevenir juicios legales o debido a sus convicciones personales. Otros médicos que trabajan en hospitales públicos piden una autorización judicial, la cual puede ser otorgada o no, según la opinión y los valores del juez asignado al caso. De este modo, la legislación sobre la esterilización y los procedimientos legales para su autorización transfieren la capacidad de tomar decisiones desde las mujeres individuales —quienes son las que deberían poder ejercerla— a los expertos médicos y legales. Esta legislación se apoya en un patrón de imposición de “puntos de vista autorizados” acerca de los fines apropiados de la sexualidad humana que niegan las necesidades de las mujeres y sus derechos de decidir por sí mismas sobre estas cuestiones.

Desde nuestra perspectiva, debería existir una reglamentación estricta sobre la práctica de la esterilización masculina y femenina. Dicho reglamento es necesario para evitar abusos y para asegurar mecanismos adecuados de consentimiento informado. No obstante, pensamos que la esterilización no debería ser excluida legalmente como una opción anticonceptiva para las personas de ambos sexos. Mientras que en otros países latinoamericanos se han reportado abusos que involucran la esterilización involuntaria de personas,⁵⁰ en la Argentina ha tenido lugar un abuso diferente: la negación del derecho legal al acceso a la ligadura de trompas. Hacer que la ligadura de trompas voluntaria sea más accesible para las mujeres pobres, quienes dependen de los servicios proporcionados por los hospitales públicos, ha sido otra meta de los grupos feministas en nuestro país. En los siguientes párrafos, comentaremos sobre un logro reciente en ese respecto.

Después de que varias mujeres tuvieron que conseguir una autorización judicial para que se les ligaran las trompas, se presentó una solicitud de asesoría a la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires. Esas mujeres eran pobres, con muchos hijos, y

⁵⁰ Véase Lucila Scavone (comp.), *Género y salud reproductiva en América Latina*, op. cit.

su salud peligraría mucho si volvieran a embarazarse. La Defensora del Pueblo decidió reunirse con representantes de diferentes sectores a fin de lograr un consenso acerca de la regulación de la práctica de la ligadura de trompas. Se mandarían las recomendaciones al Jefe del Departamento de Salud de la Ciudad, de modo que cuando en el futuro se necesitara practicar una ligadura de trompas en los hospitales públicos de la ciudad y hubiera un consentimiento informado válido, la cirugía podría realizarse sin impedimentos innecesarios. En muchas ocasiones, se habían rechazado las solicitudes de ligadura de trompas en los hospitales públicos argumentando que dicho procedimiento sólo se permite en casos en que la vida de la mujer corre peligro. Se invitó a un grupo multidisciplinario a discutir los aspectos legales, sociales, médicos, técnicos y bioéticos de la ligadura de trompas. La reunión se llevó a cabo en mayo de 2000 y en ella participaron representantes de asociaciones médicas, directores de hospitales, representantes de la asociación de abogados, jueces, antropólogos, filósofos, sociólogos y un biólogo. Una de nosotras (Susana E. Sommer) fue invitada a la reunión para expresar su opinión respecto a la práctica de la ligadura de trompas en los hospitales públicos cuando existen razones sociales, psicológicas y médicas que sugieren la necesidad de practicarla. Muchas de las personas presentes en la reunión estaban plenamente conscientes del hecho de que si la ligadura de trompas constituye una opción adecuada o no, depende de muchas circunstancias vitales y que las personas de pocos recursos tienen un acceso mucho más limitado a los métodos anticonceptivos y a la ligadura de trompas. Después de todo un día de trabajo, se logró bastante consenso sobre algunos asuntos; dicho consenso fue utilizado como la base de un documento emitido por la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires.

Los principales puntos del documento final son como se detallan a continuación:

- 1) Los derechos reproductivos son derechos humanos. El derecho al acceso a la ligadura de trompas debe ser analizado en relación con el requerimiento de respeto por la autodeterminación establecido en la Constitución Nacional.
- 2) La salud es un derecho humano fundamental y se define como un estado de bienestar biológico, psi-

cológico y social. El Estado tiene la obligación de asegurar que cada ciudadano reciba una atención para la salud apropiada.

- 3) La ligadura de trompas es una opción excepcional, a la que se debe recurrir siempre y cuando los otros métodos anticonceptivos no sean adecuados —debido a razones físicas, clínicas, psicológicas o sociales. Un médico o un equipo multidisciplinario tiene que emitir la prescripción para una ligadura de trompas cuando se especifica claramente que existen riesgos para la vida o la salud de la paciente.
- 4) El consentimiento informado de la mujer es un requisito necesario para realizar la ligadura de trompas. Ella debe recibir información a fin de evaluar los riesgos de esta decisión y la decisión que tome debe ser respetada.
- 5) Es preciso informar y escuchar a las menores de edad y a las incompetentes, así como a sus tutores.
- 6) No se necesita la autorización ni el consentimiento del marido, dado que esta decisión pertenece a la esfera personal de la mujer.
- 7) Se respetará la objeción de conciencia de los médicos, tanto en la práctica pública como en la práctica privada de la medicina. Sin embargo, no se puede utilizar tal objeción como un modo de privarles a las mujeres de este derecho.
- 8) La ley nacional acerca de las obligaciones de los profesionales de la salud debería ser revisada en lo que respecta a esta cuestión.

El propósito del documento arriba mencionado consiste en promover el desarrollo de un reglamento interno, por parte del Departamento de Salud de la ciudad de Buenos Aires, para facilitar la práctica de la ligadura de trompas en los hospitales públicos para aquellos casos que están dentro de la ley actual. En el futuro, los Ministerios de Salud de distintas provincias del país podrían seguir el ejemplo y adoptar reglamentos similares.

4. Conclusiones

Los ejemplos de las luchas políticas encaminadas a promover leyes y reglamentos internos que garanticen los derechos de las mujeres a tener acceso a la anticoncepción y a la esterilización voluntaria en nuestro país,

podrían llevarnos a una lectura optimista atendiendo a los logros recientes, pero también a una lectura pesimista, dada la naturaleza de los obstáculos que aún permanecen. En la actualidad, ya no se escuchan argumentos a favor de políticas pronatalistas que restrinjan el acceso a la anticoncepción basándose en el supuesto de que el país “necesita” incrementar su población. Pero la influencia de las doctrinas religiosas sobre la legislación, y sobre las políticas públicas en general, sigue siendo muy grande, lo que tiene como consecuencia la limitación de los derechos básicos de las mujeres. Entre esos puntos de vista figuran la idea de que las relaciones sexuales sólo deben realizarse para fines reproductivos, y que los embriones deben ser prácticamente venerados y considerados como personas desde el momento de la concepción.

En parte como resultado de esos puntos de vista, la legislación sobre el aborto es sumamente restrictiva en Argentina, mientras que no existen leyes sobre la reproducción asistida, pese al hecho de que desde 1990 se han estado discutiendo varios proyectos de ley. Por otra parte, ha habido dificultades para introducir campañas informativas para la prevención de la infección por HIV y para la inclusión de la educación sexual como contenido obligatorio en las escuelas. En el contexto de la atención para la salud, otro obstáculo con-

siste en la tradición de una práctica médica paternalista que tiende a pasar por alto las opiniones y preferencias de las pacientes. En vista de esos obstáculos, hemos sostenido que la noción de respeto por la autonomía es útil para defender “un derecho con la que cuenta toda persona responsable, un derecho de tomar decisiones por sí misma sin una interferencia indebida por parte de otras personas.”⁵¹

En nuestra opinión, la idea de respeto por la autonomía es útil para promover el control que las mujeres puedan tener sobre sus decisiones reproductivas, garantizándoles autoridad para decidir por sí mismas sobre esas cuestiones. Puesto que no es fácil superar los problemas de la falta de pluralismo y de respeto por los distintos puntos de vista personales, se deberían hacer esfuerzos por asegurar que las nociones de autonomía y consentimiento informado sean más familiares para los médicos y para el público en general. Una aceptación más generalizada de la idea del respeto por la autonomía y una mayor atención en cuanto a los requisitos del consentimiento informado, podrían mejorar de manera significativa la práctica médica y volverla más sensible a los valores y a las necesidades de las mujeres.

Traducción del inglés
Susan Beth Kapilian

⁵¹ Hill, Thomas E., “The importance of autonomy”, en Eva Feder Kittay y Diana T. Meyers (eds.), *Women and Moral Theory*, New York, Rowman & Littlefield, 1987, p. 133. Vale la pena mencionar que entendemos el derecho a ser informado y a tomar decisiones en el contexto de la atención para la salud como algo que abarca más que un mero derecho a la no-interferencia. Véase Rhonda Copelon, “From privacy to autonomy: The conditions for sexual and reproductive freedom”, en Marlene Gerber Fried (ed.), *From Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*, Boston, South End, 1990.

ALGUNOS ELEMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PROCESO REPRODUCTIVO DE LOS VARONES⁵²

JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA
El Colegio de México

Introducción

El presente trabajo hace un recuento de algunos de los supuestos que se han privilegiado al investigar sobre reproducción en disciplinas como la demografía, la medicina y la psicología del desarrollo, ya que en las tres es la mujer el objeto de estudio de la reproducción y se considera a los varones como personajes paralelos o secundarios que influyen sobre las características en que la mujer vive la reproducción, así como en las condiciones en que nacen y se desarrollan sus hijos. Se discute cómo este tipo de generación de conocimiento ha alimentado intervenciones sociales que buscan regular la fecundidad y que, por el objeto de estudio en cuestión, intervienen sobre la reproducción de las mujeres, sobre sus cuerpos, su sexualidad, sus derechos y sobretodo, su identidad de género.

En la segunda parte del texto se reflexiona sobre la forma en que la incorporación de la perspectiva de género ha cuestionado las insuficiencias, contradicciones y limitantes de las aproximaciones metodológicas que han feminizado el estudio de la reproducción y cómo, a la vez, posibilita repensar la presencia de los varones en los procesos reproductivos de una manera más integral. Con ello se generan nuevas posibilidades semánticas para términos como salud y derechos reproductivos, ya que más que limitarse a condiciones en las que las mujeres se reproducen o a procesos de autodeterminación de las mujeres, se pueden convertir en procesos relacionales. En dichos procesos por supuesto interesa la salud de las mujeres pero ya no en la medida en que es apoyada aleatoriamente por los varones, sino en tanto corresponsabilidad de los mis-

mos. De la misma forma, cuando se interpreta la categoría de derechos asociada a la de responsabilidad, la garantía de la autodeterminación de los diferentes actores de la reproducción adquiere un nuevo sentido, ya que para poder ejercer sus derechos reproductivos los varones tendrían que asumir de una manera más clara sus responsabilidades en este ámbito. Para viabilizar nuestras afirmaciones se presentan algunas propuestas analíticas de cómo construir categorías e indicadores con el fin de identificar los intercambios entre los varones y las mujeres de una manera relacional dentro de los procesos reproductivos.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar algunos elementos de la forma en que se interpreta la presencia de los varones⁵³ en el ámbito de la reproducción, a la vez se discuten formas en que conceptos como género y derechos reproductivos, en interacción con las dimensiones sociales de la reproducción, pueden contribuir a replantear algunos elementos del análisis demográfico vinculado con la fecundidad. A partir de ello se propone identificar dimensiones y estrategias de análisis más comprensivas de la realidad que rodea al proceso reproductivo de las personas, al incorporar a los varones de una manera más explícita.

1. La feminización de la reproducción y de su análisis

Una de las características del análisis demográfico ha sido abordar el estudio de la fecundidad a partir de

⁵² El texto sintetiza algunas ideas presentadas en textos previos (Figueroa 1998a, 1998b, y Figueroa y Rojas 2000).

⁵³ Uso el término varón para explicitar claramente el sujeto de estudio a saber, seres humanos del sexo masculino, ya que "hombre" ha estado histórica y semánticamente confundido con el concepto de humanidad.

indicadores y esquemas analíticos que consideran a las mujeres como la población de referencia. Un marco de interpretación ampliamente difundido, como es el de las variables intermedias (Davis y Blake 1956) propone tratar de desglosar los factores sociales que influyen en la exposición al riesgo de tener relaciones sexuales, la exposición a la concepción y la posibilidad de que un embarazo llegue a término. Estas tres dimensiones se analizan por medio de once variables, la mayor parte de las cuales son estudiadas también entre la población que se interpreta como “la que se embaraza, la que usa anticonceptivos, la que lacta, la que aborta o la que vive los embarazos interrumpidos de manera espontánea”. A pesar de que estas características tienen una contraparte en los varones, son las mujeres quienes son clasificadas como expuestas al riesgo de concebir y, por ende, quienes ocupan un papel central en el estudio de la fecundidad.

Cuando se analizan las variables llamadas independientes o del contexto socio-económico, es muy frecuente que se identifiquen características de las mujeres que influyen sobre su comportamiento reproductivo, como lo es la escolaridad, el lugar de residencia, el grupo social de pertenencia, su opinión y actitudes respecto a diferentes condicionantes de los procesos reproductivos. En este último sentido, aparecen las referencias a los varones (en particular a la pareja de la mujer en estudio), como una de las características adicionales que influyen sobre lo que ocurre con dicho proceso reproductivo. Es decir, el varón es identificado dentro de los factores contextuales, como una más de las “variables que entran en juego” para tratar de dar cuenta de la variable dependiente, a saber la fecundidad de las mujeres.

Es frecuente encontrar en diferentes ejercicios de análisis demográfico que cuando la mujer trabaja extradomésticamente se interpreta esta característica como un elemento más que discrimina algunos componentes de su proceso reproductivo. Sin embargo, cuando se le contextualiza en términos de su pertenencia a un grupo social determinado, ya no es la mujer la que se privilegia como informante clave, sino que se consideran las características de su pareja o de alguna otra persona que se supone responsable de su sostén económico, ya que se asume que no es la mujer quien tiene tal responsabilidad, incluso en aque-

llos casos en que labora extradomésticamente, en que no tiene una convivencia cotidiana con su pareja o en donde ella es la protagonista económica principal en la organización familiar (ver Secretaría de Salud 1989).

En la lectura analítica desde la reproducción social y considerando el tipo de conformación de la unidad doméstica, se le reconoce un carácter más dinámico a las relaciones que se dan en el ámbito de la reproducción, ya que se vinculan con estrategias de sobrevivencia y con la percepción de que hombres y mujeres tienen del papel que los hijos juegan a lo largo del ciclo vital (Lerner y Quesnel 1982; De Oliveira y Salles 1988). En el caso de las aproximaciones desde lo psicosocial se privilegia una búsqueda de los elementos que incrementan o disminuyen el valor de los hijos y que condicionan una mayor demanda u oferta de los mismos, e incluso se explicita que tienen un valor diferencial para los miembros de la pareja (Bulatao 1984; Secretaría de Salud 1988).

Sin embargo, en interpretaciones más comprensivas de los procesos reproductivos se sigue asumiendo que es la mujer quien centralmente se reproduce -por ser quien se embaraza- y lo que se avanza es en explicitar si ello es con el apoyo o no de su pareja: lo que lleva a plantear que el varón participa en “mejores condiciones” cuando es factible una negociación entre las dos partes, la negociación es favorable para la mujer o equitativa al menos, las presiones sociales que se ejercen sobre la mujer (incluyendo las relaciones con el hombre) son menos violentas, el varón asume sus responsabilidades en su interacción con sus hijos y con su pareja y en el caso de una separación el hombre no se desliga de sus hijos y de su papel de proveedor (con el estereotipo que ello supone) del núcleo doméstico, entre otras características importantes esperadas. Es decir, se asumen interpretaciones de los procesos reproductivos que le dan al hombre y a la mujer roles excluyentes en el ámbito de la reproducción y que muchas veces avalan (en lugar de cuestionar y sistematizar críticamente) el conocimiento y las categorías utilizadas en las relaciones cotidianas y en el lenguaje popular. El ejemplo más claro es el análisis de la fecundidad y el conocimiento generado para alimentar políticas de población y diferentes acciones sociales que influyen sobre la reproducción.

Es decir, si bien la reproducción no se limita a la fecundidad las acciones sociales que pretenden incidir sobre la primera toman a la segunda como referente, ignorando muchas de las veces el proceso de interacción social, de pareja y del individuo con sus propios marcos valorativos, que deriva en cierto nivel de fecundidad y por tanto, privilegiando la injerencia sobre las mujeres, sobre su sexualidad, sobre su cuerpo y con ello, sobre sus derechos en diferentes ámbitos del quehacer humano. Interpretar a los varones como seres que intervienen en la reproducción de manera secundaria, ha derivado en que sean también secundarios los cuestionamientos sobre su vinculación con la reproducción, avalando disparidades existentes en los derechos y responsabilidades vinculados a la misma, lo cual además tiene mucho que ver con el origen de los principales cuestionamientos del movimiento feminista.

A pesar de las repercusiones que tiene de manera diferencial para hombres y mujeres el tipo de conocimiento que se ha generado sobre fecundidad, se ha generalizado el argumento de que la medición de la fecundidad no se enriquece con la generación de indicadores sobre los comportamientos reproductivos de los varones, ya que por una parte, en ellos es más factible encontrar respuestas imprecisas sobre su descendencia (pues “no son quienes se embarazan y quienes viven el parto en su propio cuerpo”), intencional o accidentalmente declarada. Por otra, porque pueden aceptar su desconocimiento de la información exacta, generando respuestas que derivan en complicaciones metodológicas para aproximaciones que privilegian la medición en términos numéricos de un fenómeno que se quiere estudiar, como lo es el nivel de la fecundidad. Es decir, se argumenta que para la medición de la fecundidad la mejor informante es quien puede hablar en términos exactos del dato que se está buscando, se sobreentiende que se trata de “los hijos que le nacen a las mujeres” (por ejemplo en la tasa global de fecundidad y la tasa bruta de reproducción). Esta lectura privilegia la medición de la fecundidad por encima de la comprensión de la reproducción e ignora la posibilidad de darles contenido a los diferentes tipos de respuesta que podría encontrarse entre los varones.

Entre la medicina y el feminismo

Paralela a la lectura demográfica de la reproducción, pueden destacarse dos visiones de la realidad -muchas veces en conflicto entre sí, que a su vez han generado procesos de sistematización de la misma; nos referimos al conocimiento médico y al derivado del pensamiento y movimiento feminista. El primero de ellos ha interpretado lo que ocurre en la reproducción muy cercanamente a problemas de salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, mientras que el segundo ha tratado de separar la reproducción de otros procesos vitales de las propias mujeres, como una posibilidad de autodeterminación de las mismas. El primero es muy cercano a la implementación de las políticas que han pretendido incidir sobre la reproducción, mientras que el segundo ha sido fuente de algunos de los principales cuestionamientos de tales políticas, en particular a sus visiones reduccionistas y a su cooptación de conceptos radicales, como el control natal y los derechos reproductivos, así como el lenguaje actual de las relaciones de género.

Dentro de las problemáticas de salud de las mujeres, el conocimiento y la práctica médica han priorizado aquellas vinculadas con la reproducción, y por ello (al margen de los términos utilizados como paradigma de referencia) no necesariamente han cuestionado las relaciones de género y las condiciones de vida que exponen en mayor medida las mujeres a ciertas problemáticas de salud en el ámbito de la reproducción, como lo son las desigualdades en el ejercicio del poder y las inequidades en la práctica de los derechos, así como en la forma en que se asumen responsabilidades.

En la contraparte, si bien el feminismo ha cuestionado el papel central que ocupa la reproducción en los procesos de desarrollo de las mujeres, ha concentrado muchos de sus cuestionamientos en este ámbito, lo que ha llevado a lecturas en términos de que los derechos de las mujeres son antes que otra cosa, derechos en el ámbito de la reproducción, oponiéndose en muchos momentos a reconocer que los varones puedan tener derechos en esta capacidad en tanto seres humanos (Azeredo y Stolcke 1991).

Si bien ello es entendible, por la crítica que se hace a los hombres en tanto que muchas veces no asumen responsabilidades en esta dinámica, se corre el riesgo

de avalar la interpretación de que a final de cuentas, son las mujeres quienes se reproducen y por lo tanto, quienes tienen las principales prerrogativas en el ámbito de la reproducción. Esta crítica no pretende ignorar la diferencia fisiológica básica que representa la posibilidad de albergar en el cuerpo, un producto que se va desarrollando, pero sí evidenciar la necesidad de construir referencias lingüísticas y categorías analíticas que permitan reconsiderar la presencia de los varones en la reproducción, reconociendo los elementos comunes y diferentes con las mujeres.

El conocimiento y la práctica médica le han dado poca presencia al varón en el ámbito de la reproducción, en buena medida porque su lectura privilegia el tratamiento de la enfermedad más que la salud, en este caso la relacionadas con la reproducción. Por lo mismo, han concentrado sus interpretación y sus intervenciones en los factores de riesgo para incrementar la sobrevivencia infantil, así como para disminuir la morbilidad y la mortalidad de la madre; por ende, los fenómenos de interés son los que se vinculan con el binomio que se asume que interactúa fisiológica y socialmente durante el proceso del embarazo y del parto, es decir, la madre y el hijo. Se puede hipotetizar que un panorama muy distinto se derivaría de interpretar la función de la medicina como promotora de la salud de las personas ya que otros condicionantes y actores sociales deberían incursionar en el espacio de la reproducción: uno de ellos pareciera ser el caso de los varones.

En el caso de la lectura feminista se ha discutido enormemente si su propuesta debe centrarse en "la causa de las mujeres" (en términos de mejorar sus condiciones de vida), o bien trabajarlo como un replanteamiento de las relaciones de género, con lo que se derivan también mejoras en la condición de los varones, a la par que se transforma la de las mujeres. Es decir, se ha cuestionado si la desigualdad de las mujeres, combatida inicialmente por el movimiento feminista, necesariamente significa una ventaja para los varones o si no será en cambio que representa un factor también negativo, por la situación enajenante y alienada en la que suelen insertarse los varones al reproducir estereotipos masculinos que violentan el espacio cotidiano de las mujeres y a la par, el suyo.

Ello representa una nueva lectura del ámbito de la reproducción, ya que de constituirse en el ámbito en

donde se han originado muchas de las desigualdades entre varones y mujeres y, por ende, en un espacio de reivindicación para estas últimas, se puede repensar como un espacio en donde una redefinición relacional de los derechos y responsabilidades permitiría enriquecer la interacción que se da entre los seres que se reproducen, pero imaginando que los varones también están incluidos en esta categoría.

Entre la psicología y el lenguaje cotidiano

Otras dos vertientes de valoración de la realidad, a partir de su forma de interpretarla, imaginarla, describirla y clasificarla, lo representan la psicología del desarrollo y el conocimiento cotidiano. La primera de ellas ha tratado de documentar los factores sociales y familiares que influyen sobre el desarrollo psicológico de los individuos y dentro de ello, le han dado un lugar importante a la identificación de la influencia que tiene sobre un ser humano el contacto, el intercambio y la conducción de adultos en sus primeros años de vida e identificar la forma en que dicha influencia puede ser mejorada por la participación activa de dichos personajes. En esta vertiente, se le ha dado un lugar central a la madre en tanto ser que socializa, por medio de la transmisión del lenguaje, de las referencias valorativas y de los afectos; además se reconoce que es la madre quien en muchas ocasiones, ayuda a negociar con el padre, a suplir su ausencia o bien, a contrarrestar la presencia violenta del mismo.

Es menos lo que se ha trabajado para documentar el afecto de la presencia de los padres de sexo masculino, a pesar de que estudios realizados para analizar el efecto que dicha presencia tiene en los hijos e hijas han mostrado que cuando esta es intensa tiene resultados muy favorables en el hijo y además también lo tiene en los padres, al margen de que ello no fuera el objeto de la investigación. De lo que deriva la posibilidad de interactuar más frecuentemente con un infante que cuestiona lo que para un adulto puede ser obvio en el proceso de descubrimiento de la realidad y que, por ende, obliga al adulto a desarrollar la paciencia y la tolerancia. Es decir, este conocimiento científico de alguna manera ha estado construido y avalado por las categorías excluyentes y estereotipadas de lo

masculino y de lo femenino, con derechos y responsabilidades diferenciales en el ámbito de la reproducción, incluyendo la crianza de los hijos. Se suele investigar el efecto en el desarrollo de los hijos derivado del trabajo extradoméstico de las madres, pero siempre bajo el supuesto de que la relación cotidiana de referencia es la de la madre con sus hijos, mientras que la de éstos con su padre se asume como más esporádica y bajo este supuesto se investiga.

En el caso del lenguaje y el conocimiento cotidiano (popular o no científico), también se encuentran elementos que muestran una división de lo masculino y lo femenino, alrededor del ámbito de la reproducción, con expectativas diferenciadas para unos y para otras, y con valoraciones sociales desiguales. El inicio del embarazo es motivo de un cambio de estatus en el caso de las mujeres y no así para la inmensa mayoría de los varones. El embarazo se predica como una experiencia fisiológica, psicológica y social de la población femenina, algo que está muy lejos de ocurrir entre los varones. La mujer es nombrada como mujer embarazada y ello, en la percepción de muchas de ellas, significa una valoración diferente como mujer a partir de ese momento (Palma, Jácome y Palma 1992; Figueroa y Rivera 1993).

Se llegan a modificar valoraciones morales respecto a personas con prácticas sexuales no ligadas a una unión conyugal (algo socialmente sancionado), cuando se sabe que la mujer está embarazada, por el hecho mismo de que va a ser madre. Algo muy distinto ocurre con los varones, ya que el evento de nueve meses que antecede al parto, no tiene una categorización equivalente o aplicable a los varones, por lo que muchas veces ello suele ser interpretado como que lo varones no viven nada en ese proceso más que la indiferencia, incertidumbre o la expectativa de lo que ocurre en el "vientre de su pareja". Es decir, suele interpretarse que la paternidad es más un fenómeno vivido a partir del parto o incluso a partir del momento en que se establece el contacto entre el padre y el hijo o la hija (lo cual puede no ser simultáneo al parto), por lo que se da un desfase en la temporalidad con respecto al momento en que se inician las experiencias alrededor de la maternidad y la paternidad.

A ello se añade la reproducción de espacios diferenciados para el quehacer del hombre y de la mujer,

pensando más al primero en el ámbito del sostén económico y a la segunda, en el ámbito de la reproducción biológica (alimentación y vestido) y psicológica, tanto de los hijos como de la pareja, ya que se suele ver a la mujer como el apoyo emocional de todo el núcleo familiar. La separación entre lo público y lo privado, como sinónimo de lo extradoméstico y de lo doméstico, ha dado entrada a múltiples divisiones excluyentes entre los espacios de desarrollo de los varones y de las mujeres. Ello no es independiente de la forma de clasificar y valorar la realidad y paralelamente, de la forma de interpretar los roles de las personas que se vinculan, para reproducirse asumiendo de una manera natural divisiones que pueden ser interpretadas como inequitativas cuando se piensa en varones y mujeres como seres humanos con los mismos derechos en los diferentes ámbitos del quehacer humano.

Recientemente se han incorporado al discurso las nociones de género y la de derechos reproductivos, las cuales sugieren entre otras condiciones, el replanteamiento de las relaciones de poder entre las personas que se reproducen, así como los vínculos entre sexualidad y reproducción. Además, pretenden desmitificar a las instancias sociales que han definido, vigilado y promovido la normatividad vigente en el espacio de la reproducción. Ello implica reconocer que las personas cuya reproducción interesa tienen elementos que aportar para construir y transformar su entorno reproductivo. Para ello se demandan cambios radicales en la realidad más cercana a la reproducción de las personas, como lo es la relación con su cuerpo, su sexualidad y su ser hombre o su ser mujer, así como con el contexto social, institucional y familiar de su proceso reproductivo, entre otros elementos relevantes.

Si las estrategias de análisis y los indicadores son en buena medida un reflejo de cómo ven la realidad los estudiosos de una disciplina, es posible enriquecer las referidas a lo demográfico para reinterpretar la fecundidad, a partir de categorías que vinculan socialmente a la reproducción con la salud, los derechos y las relaciones de género, siempre y cuando se acepte la pertinencia de este tipo de referencias analíticas. Paralelamente, se requiere explicitar las posibilidades e insuficiencias del análisis demográfico y de los estudios de población, al interpretar los fenómenos poblacionales vinculados con la reproducción.

Más allá de la medición de la fecundidad (para lo cual las mujeres son informantes centrales) interesa interpretar el proceso que lleva a diferentes niveles. Además, se requiere tener presente que la reproducción es uno de los dinamismos de desarrollo vital a la vez que pone en juego relaciones de poder entre hombres y mujeres, ya que cuestiona sus identidades genéricas, su ejercicio sexual y sus posibilidades de acceder a una vida reproductiva y sexual satisfactorias, individual y socialmente imaginadas.

2. Esquema analítico derivado de una revisión crítica de los esquemas prevalecientes para interpretar la fecundidad

En otros trabajos hemos discutido las limitantes del análisis de la fecundidad por no incorporar al varón de manera explícita y en sentido relacional (Figueroa y Liendro 1995, Figueroa 1996), así como las dificultades por no incorporar las tensiones suscitadas a lo largo del proceso reproductivo. Además, hemos sistematizado cómo podría enriquecerse la investigación al explicitar las relaciones y las especializaciones genéricas, así como la sexualidad dentro del estudio de la fecundidad. En este apartado se recuperan las categorías de un esquema de análisis a partir del que pueden construirse estrategias y definirse indicadores para enriquecer la interpretación de la reproducción, explicitando dentro de ella la presencia de la población masculina.

La idea central del marco analítico que se esquetiza a continuación es articular el comportamiento reproductivo con algunas dimensiones que lo conforman y condicionan: los factores de diferenciación socio-económica, política, demográfica y cultural; la condición e identidad masculina; la organización genérica y los roles de género en el contexto de las relaciones entre varón y mujer, y la sexualidad.⁵⁴ Ello posibilita una aproximación más integral al análisis de la reproducción.

Entendemos el comportamiento reproductivo como un proceso complejo de dimensiones biológicas, sociales, psicológicas y culturales que directa o

indirectamente están ligadas con la procreación. En un sentido amplio e integral, comprende las conductas y hechos relacionados al cortejo, el apareamiento sexual, la unión en pareja, las expectativas e ideales en cuanto a la familia, la planeación del número y el espaciamiento de los hijos, el proceso de la natalidad, la actitud y relación con la pareja durante el embarazo y el parto, el cuidado y crianza de los hijos y el apoyo económico, educativo y emocional hacia ellos. Esta concepción del comportamiento reproductivo como proceso de reproducción biológico-social, es coincidente con concepciones como la salud y los derechos reproductivos de varones y mujeres.⁵⁵

En esta propuesta se enfatiza la necesidad de recuperar la referencia a la organización genérica de una sociedad y a los roles de género asignados a los miembros de los diferentes sexos; paralelamente, se pretende incorporar la referencia a la sexualidad como un fenómeno biológico, psicológico y sociocultural, y la referencia explícita a la identidad masculina y a la subjetividad del varón. No se dejan de reconocer los factores socioeconómicos, políticos, demográficos y culturales, pero se amplía su connotación de discriminadores de los niveles de fecundidad, a filtros que definen intensidades y variaciones en los atributos del ser humano cuyo comportamiento es objeto de estudio.

Un aspecto que vale la pena destacar, por su vinculación con la organización genérica y los roles de género, es el carácter de construcción social del estereotipo sobre la vivencia masculina y femenina de la reproducción y que, por lo mismo, puede ser cuestionado y redefinido. No se ignora, sino que se aborda directamente, la posibilidad de su carácter conflictivo, por actuar en contra de lo socialmente esperado. Ello le da una connotación más dinámica al proceso reproductivo de la población y hace explícita la referencia a las relaciones de poder entre varones y mujeres en dicho proceso.

Dentro de esta propuesta se explicita la referencia a la reproducción social, paralela a la biológica y, además, se tienen presentes las categorías de paternidad y

⁵⁴ Ver Figueroa y Liendro (1995) para una discusión detallada de estas dimensiones analíticas.

⁵⁵ Para una revisión detallada de los diferentes significados de la salud y los derechos reproductivos pueden verse: Fathalla (1991), Cook y Plata (1993), Correa y Petchesky (1994), Figueroa (1995), Tuirán y Salles (1998), De Keijzer (1999) y Ortiz Ortega (1999).

de identidad masculina dentro del análisis. De alguna manera estos elementos pretenden quitarle cierta rigidez racional a los esquemas de interpretación de las decisiones reproductivas, al incorporar elementos subjetivos latentes dentro de los supuestos relevantes a los que una persona recurre al optar por cierto tipo de comportamientos.

Explicitar las categorías de género y organización genérica, de identidad masculina y la dimensión de la sexualidad enriquece el análisis de la reproducción, ya que además considera la dimensión sociocultural de la corporeidad. A ello se añade la explicitación de las diferencias entre los derechos construidos para los miembros de ambos sexos y del significado que ello genera para la práctica de la reproducción. Ello es relevante, en especial, cuando las relaciones que se dan entre ambos están caracterizadas por elementos de dominación y subordinación y cuando guardan una relación importante con los aspectos reproductivos.

A lo anterior se añade la connotación de especializaciones genéricas, lo que va más allá de la mera responsabilidad asignada a las mujeres: es lo que las constituye como especialistas en el ámbito de la reproducción, la cual tiene una serie de variaciones históricas y culturales, pero también ciertas constantes que refuerzan los espacios reconocidos como naturales por los miembros de ambos sexos. Esa connotación de un orden natural dificulta en gran medida su transformación, ya que el proceso de toma de conciencia es altamente complejo cuando una conducta se ha incorporado a una costumbre, a una concepción del mundo y a una división incuestionable de la asignación de responsabilidades entre los géneros. Ahora bien, la propuesta reconoce que se trata de construcciones sociales que suponen opciones de transformación.

La especialización genérica considera que el ser varón o ser mujer implica aprender y desempeñar ciertas labores concebidas socialmente como propias de su sexo, lo cual condiciona las experiencias de vida de varones y mujeres. Una de las principales especializaciones es la definida en torno a la reproducción. Los espacios y los tiempos de la reproducción, al estar definidos culturalmente como femeninos y de la mujer, se transforman en espacios y tiempos genéricos, don-

de la irrupción del varón conlleva valoraciones, temores, despliegue de poderes y habilidades.

En el espacio de la sexualidad, la separación entre el erotismo y reproducción de manera diferencial para los varones y las mujeres genera una codificación del cuerpo femenino y lo convierte en un objeto de dominio y de control por parte de los varones, pero también en un recurso para acceder a privilegios por parte de las mujeres. Es compleja la lectura de la reproducción como un espacio de derechos y responsabilidades, cuando ha sido un terreno de sometimiento y expropiación de los varones, pero también de obtención de ciertas prerrogativas por parte de las mujeres.

A pesar de ello, en este marco se enfatiza que tanto varones como mujeres no enfrentan sus decisiones reproductivas a partir de ser individuos neutros, sino que cada uno porta una carga de experiencias y aprendizajes, propios de su condición genérica, del contexto en que vive y de su historia personal. Por ello, es imprescindible reconocer que los sujetos que deciden y que participan en la reproducción son sujetos que están constituidos, y que a la vez constituyen una cierta organización genérica, basada en algunos ejes que pueden irse explicitando (Lagarde 1994).

Esta lectura le da un carácter más dinámico a la reproducción en su vínculo con las dimensiones sociales de su entorno y por ende, es posible que enriquezca el análisis de la fecundidad. Para ello, una opción es desarrollar una nueva lectura de los marcos analíticos y de la información ya existente, lo cual es complejo, ya que depende de la riqueza de la información obtenida con otros supuestos. Otra posibilidad es generar información que recupere las dimensiones analíticas anteriormente esbozadas, enfatizando el sentido relacional de la reproducción, así como su ubicación en el entorno de las relaciones sexuales y sociales.

En los modelos de socialización la identidad masculina se construye como independiente de la reproducción biológica, por lo que incorporar al varón en una lectura integral de la reproducción no parece algo tan directo, si no se replantean sus relaciones heterosexuales con la mujer en una lógica transformación de roles y corresponsabilidad en los diferentes espacios de interacción social. Ortega y Gasset (1968) distingue las ideas y las creencias en tanto dos referentes con los que podemos interpretar nuestra realidad; a

las ideas las define como los conocimientos racionales que nos permiten interpretar el entorno en el que nos movemos, mientras que a las creencias les da una connotación equivalente a los supuestos mínimos que tenemos para enfrentarnos, interpretar y darle sentido a dicha realidad, al margen de su carácter racional: por lo mismo, tratar de cambiarlas no pasa simplemente por la razón, sino que puede ser un proceso doloroso, ambivalente y contradictorio, ya que implica transformarse uno mismo. Parafraseando a Ortega y Gasset, "las ideas las tenemos y en las creencias estamos". Es muy probable que algo similar ocurra al tratar de replantear las relaciones de género que le dan forma a la reproducción. Lo que falta por sistematizar es: ¿qué es lo que puede aportar la investigación demográfica al proceso de redefinición y reconstrucción del entorno de la reproducción?; adicionalmente, ¿qué aporta la reflexión sobre el género y la reproducción social a la investigación demográfica?

3. Posibilidades de construir nuevas lecturas de la reproducción

Uno de los aprendizajes que se generan de un ejercicio de reflexión como el aquí presentado es que el hecho mismo del proceso reproductivo puede estar reafirmando, validando o reproduciendo el sistema de organización genérica, las creencias y actitudes alrededor de la sexualidad, los moldes de identidades masculina y femenina que han ido aprendiendo las personas en interacción, los roles de pareja que cada persona ha aceptado consciente o inconscientemente y las relaciones de poder entre los miembros de la pareja. No obstante, puede haber un proceso consciente de intentar enfrentarse a los moldes y esquemas de relación anteriormente señalados, de buscar construir una nueva identidad, de negociar con la pareja la propia lectura de la realidad y no necesariamente por haberlo desglosado de una forma estructurada y racional, sino posiblemente por una combinación de intuiciones, sentido común, asimilación de cierta experiencia vital, conocimiento compartido y por la vivencia de situaciones contradictorias a las que nos enfrentamos en el acercamiento cotidiano al proceso reproductivo (Figuerola y Liendro 1995).

Los elementos aquí discutidos confirman la necesidad de imaginarse estrategias de análisis del proceso reproductivo en el contexto de las relaciones de poder entre varones y mujeres, así como una crítica rigurosa de los marcos normativos que validan y mantienen las formas socialmente construidas y aceptadas de vivir la reproducción.

Las reflexiones incorporadas en los apartados anteriores no pretenden descubrir la complejidad del proceso reproductivo, sino aportar elementos para el replanteamiento de formas de interpretar la realidad reproductiva, tratando de recuperar la presencia de los varones, no como apoyo u obstáculo de la fecundidad de las mujeres, ni como autores únicos, sino como personas que construyen una forma de reproducirse, al interactuar con su cuerpo, sexualidad y forma de vivir la masculinidad, entre otros aspectos relevantes.

Uno de los supuestos de categorías como salud y derechos reproductivos es vincular a la reproducción con el ejercicio de la sexualidad, a la par que reconocer el proceso de negociación entre hombres y mujeres, que incluye diferentes elementos de transacción, explícita o no tan consciente, a veces con una mezcla de elementos de manipulación o de conceder ciertos derechos para ganar otro tipo de privilegios. Todo ello hace obligada la referencia al contexto de las relaciones entre los partícipes y actores en la reproducción. Por ello, presentamos en este apartado y en el siguiente un ejemplo de algunas vertientes analíticas para repensar la interpretación demográfica de la reproducción, a partir de la explicitación de la presencia masculina en este proceso.

En un trabajo presentado previamente (Figuerola et al. 1993) planteamos la necesidad de darles otra connotación a ciertos indicadores utilizados en el análisis demográfico: proponíamos que en vez de hablar de la escolaridad en tanto diferencial de la fecundidad había que imaginarse la educación reproductiva en términos del proceso por el cual las personas (mujeres y varones) incorporan a su cosmovisión y a su historia personal el proceso reproductivo, del que son autores a la vez que son influidos por el mismo. Como otro diferencial de la fecundidad proponíamos hacer referencia al trabajo, pero en la medida en que permite que las personas (varones y mujeres) recreen, transformen y construyan el entorno vital del cual están for-

mando parte y del que son actores fundamentales. Además, mencionamos la necesidad de dejar de hablar de uso de anticonceptivos como un recurso para controlar la fecundidad y pensar en derechos reproductivos como el proceso a través del que se participa en la construcción del entorno reproductivo.

Posteriormente propusimos repensar la defensa de los derechos reproductivos como el proceso por medio del que se resuelven democráticamente los dilemas éticos que se presentan en el espacio de la reproducción (Figuroa 1995). Hablamos de proceso democrático para explicitar que son varias las personas que intervienen en el ámbito de la reproducción, tanto a nivel de pareja como a nivel social (ya que las decisiones y actos individuales tienen repercusiones sociales) y para promover que se documenten dilemas éticos que pueden generarse entre las normatividades que entran en juego. Ello permite recuperar el sentido relacional de la reproducción y las relaciones de poder subyacentes a la misma.

Un segundo ejercicio analítico puede retomarse de esta lectura si se desarrollan propuestas a partir del análisis demográfico tradicional de la fecundidad y si en la búsqueda de mediciones se les da entrada a algunos elementos de la relación entre las personas que se reproducen (Figuroa 1998a y 1998b). Al margen de quién es la que lleva el producto del embarazo en su cuerpo, podemos ir más allá de la tasa global y específica de fecundidad, así como de la tasa bruta de reproducción e imaginarnos a cada persona (hombre o mujer) como un ser que se reproduce con especificidades y diferencias, además con elementos que pueden tener en común.

Es factible estimar para hombres y mujeres, una “tasa individual de reproducción” e interpretar de manera relacional los casos que aparezcan de no respuesta o de discrepancias, pero más que para asegurar una consistencia perfecta, para entender la representación que hombres y mujeres tienen de su reproducción y lo que las diferencias implican para la construcción conjunta de su entorno reproductivo. La medición podría complementarse con una interpretación de la reproducción en tanto conjunto de “microinteracciones” entre hombres y mujeres: para ello es necesario analizar cómo se resuelven las diferencias y las confrontaciones, así como el desconocimiento de algunos varones sobre las consecuencias reproductivas de su práctica sexual.

Como una forma de comparación de la reproducción masculina y la femenina podríamos desarrollar un indicador equivalente al “índice de masculinidad”, el cual más que describir la estructura de la población por grupos etáreos, relacionaría la tasa individual de reproducción de los hombres y de las mujeres. Al margen de sus posibles complicaciones prácticas, puede desarrollarse la tasa personal de reproducción masculina y femenina, crear la costumbre de trabajar con este tipo de estimaciones e intentar formas de perfeccionar y depurar el ‘índice de masculinidad reproductiva’, como se le podría llamar a este cociente.

A ello se añade el hacer estimaciones de *promedios de hijos nacidos vivos para varones e incluso una tasa específica de fecundidad para esta misma población*, dándole un valor en sí mismo a la diferencia en los porcentajes de “no respuesta” entre subgrupos poblacionales. De alguna manera las complicaciones analíticas y prácticas pueden empezar a influir sobre otros investigadores que desarrollen propuestas concretas al respecto.

Otra dimensión se refiere al *promedio de hijos*, pero divididos *según si fueron de común acuerdo*, si fueron producto de una relación sexual forzada o negociada, o bien si fueron producto de una relación en donde no se habla a priori de ello, sino que los hijos “simplemente aparecen”. Es decir, más que las estimaciones que se proponen actualmente para detectar la fecundidad no deseada, se puede pensar en función de si se quería la relación sexual o si hubo un proceso de violencia que forzó de alguna manera esa interacción, con el fin de reinterpretar el contexto en el que se dan las relaciones que generan como producto un embarazo.

Otra dimensión más se puede centrar en el contexto de la anticoncepción, especificando por ejemplo, si el uso es negociado, si es impuesto o si es unilateralmente asumido. Podrían construirse categorías que reflejaran las expectativas y representaciones sociales de las personas de ambos sexos al interactuar en el espacio de la regulación de la fecundidad.

En el proceso de repensar el significado social del entorno de la reproducción valdría la pena desarrollar dimensiones analíticas que retomen el *conocimiento que se tiene del propio cuerpo*, por ejemplo vinculándolo con la fecundidad, con la capacidad reproductiva y con causas de infertilidad. Ello puede enriquecerse investigando lo que dicha infertilidad provoca en la identidad

genérica de hombres y mujeres. Vinculado con ello, pueden proponerse dimensiones analíticas e indicadores alternativos —en relación con otras ciencias sociales y con la medicina— distinguiendo elementos que influyen sobre el aparato, el comportamiento y el proceso reproductivo.⁵⁶

Adicionalmente, podría explicitarse el proceso de negociación consigo mismo y con los roles aprendidos, enfatizando el aprendizaje a partir de las diferencias, como una forma de resistencia o de transgresión a los roles y a las construcciones sociales que se han dado alrededor de la masculinidad.⁵⁷ Un espacio idóneo para ello sería mediante documentar la negociación para el cuidado de los productos del embarazo. En este sentido se propone consignar los procesos de resistencia en los que están inmersos varones y parejas que han tratado de llevar las relaciones de una manera distinta a las socialmente más conocidas, ya que existen varones y mujeres que intentan la relación de pareja de otra forma, así como vincularse con la crianza de una manera distinta a como regularmente se interpreta. A pesar de ello, se enfrentan a problemas, críticas y cuestionamientos sociales y a veces, a falta de apoyo legal y laboral. Se propone documentar sus resistencias, enfrentamientos y procesos de transgresión a dichos obstáculos sociales.

La terminología de salud y derechos reproductivos ofrece importantes opciones para repensar las inequidades y las contradicciones que se generan en el espacio de la reproducción. Parece un proceso complejo, no obstante, la necesidad de intentarlo resulta obligada si se quiere aprovechar la riqueza del conocimiento actual sobre el entorno de la reproducción.

Algunas de las propuestas analíticas y de generación de información anteriormente señaladas no son necesariamente nuevas en la preocupación demográfica, ya que el interés por recuperar las dimensiones sociales y psicológicas del entorno de la reproducción tiene importantes antecedentes. Sin embargo, lo que

sigue haciendo falta es documentar y explicitar lo que se avanza en el conocimiento al intentar aplicar dichas propuestas. Al discutir estos referentes, los posibles nuevos indicadores y vertientes analíticas con algunos demógrafos, algunos consideran que es muy difícil cuantificarlos a la medida de los indicadores demográficos; otros sugieren que puede intentarse, si bien le reconocen más posibilidades a aproximaciones sociológicas y antropológicas que apoyen la lectura demográfica.

Al margen de lo anterior, una propuesta interesante es la de personas que han sugerido que antes de definir nuevas categorías analíticas es necesario repensar el alcance de los mismos indicadores demográficos utilizados para el estudio de la fecundidad, ya que es a partir de ellos que se construyen referentes tanto para la interpretación demográfica, como para la definición de políticas y programas, los que suelen justificarse en la información demográfica.

4. Epílogo

Mediante el cuestionamiento de lo obvio, de la explicitación de limitantes de los estereotipos y las normatividades definidas unilateralmente, la perspectiva de género ha contribuido a identificar vertientes para reconstruir el entorno social. La salud reproductiva se presenta como una categoría que replantea la forma de analizar la salud y la reproducción, en parte, involucrando directamente a la sexualidad y explicitando la presencia de los hombres en este dinamismo. La conceptualización de la salud como un derecho de toda persona obliga a reconocer la equidad genérica como un supuesto básico para su consecución, lo cual cuestiona los modelos de relaciones sociales e institucionales que han sido construidas para moldear el entorno de la reproducción.

La perspectiva de género ofrece la posibilidad de repensar la forma y el significado de ser varón y de ser mujer, de explicitar los desfases en la autoridad moral reconocida para los individuos que son actores y autores del entorno social, de reconstruir normatividades e incluso, de “resignificarnos como personas”. Sin embargo, incorporada sólo en lo superficial puede generar un proceso de manipulación colectiva en que de

⁵⁶ Al reconceptualizar la relación entre salud y reproducción, una primera consecuencia es la de distinguir el supuesto equilibrio o bienestar del aparato reproductivo respecto al comportamiento y el proceso reproductivo; la dimensión es muy distinta, ya que se tiende a pensar que el aparato que se reproduce es el de las mujeres, pero cuando se piensa en el comportamiento reproductivo el varón está más presente y ello es más evidente cuando se habla del proceso reproductivo.

manera autocomplaciente finjamos transformarnos y simplemente estemos familiarizándonos con el discurso que nos impide reconstruir la realidad en la que nos insertamos. Incorporar dicha perspectiva al ámbito de la reproducción, implica incursionar en un proceso doloroso de replanteamiento de nuestras identidades lo que no es algo simple, ya que supone reconocer diferencias, negociar libertades, asumir responsabilidades y, sobre todo, resolver conflictos de manera colectiva. No se limita a la interacción entre los miembros de ambos sexos, sino entre los de diferentes grupos sociales y entre instituciones y personas con las que se relacionan.

En este sentido, son varias las vertientes de trabajo teórico, metodológico y de análisis de políticas en el ámbito de la reproducción, que se pueden identificar a partir de cuestionar la presencia de los varones en dicho proceso vital. Es evidente que de seguir alimentando y validando una lectura feminizada de la reproducción, los procesos de intervención organizada sobre la misma seguirán teniendo a las mujeres como eje de su trabajo, a la vez que se dificultará el ejercicio de los derechos en este espacio, tanto para los hombres como para las mujeres. Si a ello se añade que la interpretación de la reproducción tiende a ignorar el sustrato de la sexualidad, el no transformar esta aproximación generará intervenciones y acciones sociales aún más limitadas (por su carácter reduccionista), lo que seguirá poniendo en riesgo, en un primer lugar, los derechos de las mujeres. Sin embargo, algo que vale la pena mencionar es que los varones no necesariamente viven una situación más favorable como resultado de este proceso de exclusión; la reproducción es una de las capacidades de todo ser humano, al margen del sexo del mismo y por ende, este proceso institucionalizado también les impide ejercer sus derechos en este ámbito, al margen de que muchos interpretan sus decisiones reproductivas como un privilegio.

Teóricamente es atractiva la idea de pensar a la reproducción en términos relacionales, ya que si bien es un dinamismo reconocido como capacidad individual, llevarla a la práctica tiene como supuesto un encuentro de dos. Ello obliga a repensar la forma de definir las presencias (tanto analíticamente imaginadas, como en términos de derechos y responsabilidades que entran en juego) de dichas personas a lo largo

de los procesos que se derivan de los encuentros en cuestión. De otra manera, el hecho de que fisiológicamente se tengan experiencias diferentes, seguirá condicionando en buena medida lo que socialmente se espera que vivan varones y mujeres. En diferentes propuestas analíticas se ha avanzado en la consideración de los hombres como personas con conocimientos, actitudes, motivaciones y prácticas en los procesos reproductivos, pero aún está vigente un lenguaje feminizado para nombrar, ordenar y clasificar los eventos reproductivos.

Otra problemática es de tipo metodológico, en parte asociada a la falta de herramientas analíticas para darle seguimiento a los eventos sexuales y reproductivos de los varones. Ello está ligado a la doble moral subyacente a las conductas de mujeres y varones, más restrictiva para las primeras y más ambigua para los segundos, ya que a las mujeres se les pide cuentas de su vida sexual (con especial referencia a sus consecuencias reproductivas) mientras que a los varones se les estimula socialmente a ejercer su sexualidad (genital) sin necesidad de que estén conscientes y mucho menos que asuman responsabilidad sobre las consecuencias de la misma.

En términos de políticas sociales, que directa o indirectamente influyen sobre la reproducción, creemos que incorporar la sexualidad a la definición de acciones relacionadas con los procesos reproductivos, explicando la presencia de los varones dentro los mismos, abre la posibilidad de intercambios personales más integrales. No obstante, debemos alertar sobre los riesgos de querer normar otros espacios de derechos de los individuos desde visiones reduccionistas (centralmente de índole biologicista), que dificulten aún más un ejercicio de los derechos de los individuos, basado en la equidad y el respeto a los derechos de los demás. Consideramos que la mayor resistencia puede originarse del rechazo a negociar el ejercicio del poder que representa el papel que los diferentes actores sociales juegan en el ámbito de la reproducción.

Este trabajo lo que pretendió fue simplemente ilustrar algunas de las complejidades teóricas y prácticas que se presentan al pensar a los varones en relación con los procesos reproductivos, pero más allá de ser sujetos que participan apoyando u obstaculizando el comportamiento de las mujeres con las que se repro-

ducen. Se propone interpretarlos como personas sobre quienes hace falta generar más información para poder analizar de una manera más clara su presencia en los procesos reproductivos. La conclusión derivada

de estas reflexiones es la necesidad de considerar las relaciones de género y la construcción social de la sexualidad, como sustrato para el estudio de la reproducción.

Referencias bibliográficas

- Azeredo, S. y V. Stolcke (1991). *Direitos reprodutivos*, Concurso de Pesquisa sobre Direitos Reprodutivos, Fundação Carlos Chagas, São Paulo, Brasil.
- Bulatao, R. (1984) "Contents and process in fertility decisions: a psychosocial perspective" en *Fertility and Family*. Proceedings of the Expert group on Fertility and Family. USA.
- Cook, R. y M.I. Plata (1993) 'Women, human rights and reproductive rights'. Presentado en Roundtable on Women's Perspectives on Family Planning, Reproductive Health and Reproductive Rights, Ottawa, Canadá (mimeo)
- Correa, S. y R. Petchesky (1994) 'Reproductive and sexual rights: A Feminist Perspective', en G. Sen, A. Germain and L. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered (Health, Empowerment and Rights)*, Harvard University Press, Boston, pp. 107-123
- Davis, K. y J. Blake J. (1956) "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework". *Economic Development and Cultural Change*. 4:211-235.
- De Keijzer, B. (1999) "Los derechos sexuales y reproductivos a partir de la dimensión de la masculinidad" en Beatriz Figueroa (coordinadora) *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*, El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía, México, pp. 307-318.
- De Oliveira, Orlandina y Vania Salles (1988). "La reproducción de la fuerza de trabajo: Reflexiones teóricas", en *Revista Argumentos*, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, núm. 4, junio, pp. 29-40.
- Fathalla, M. (1991) 'Reproductive Health: A Global Overview'. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 28 de junio, p. 1.
- Figueroa P., J.G. (1995) 'Aproximación al estudio de los derechos reproductivos', en la serie *Reflexiones en sexualidad, salud y reproducción*, Núm. 8, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, México D.F.
- _____ (1996) "Algunas reflexiones sobre la interpretación social de la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva", en *Salud reproductiva, nuevos desafíos*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, pp. 53-71.
- _____ (1998a). "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva", en *Revista Cadernos em Saúde Pública*, vol. 14, Suplemento 1, pp. 87-96, Río de Janeiro, Brasil.
- _____ (1998b) "La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones", en Susana Lerner (editora) *Sexualidad, reproducción y varones*. El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía. México, pp. 163-189.
- _____ y G. Rivera (1993) 'Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina', en S. González, (coordinadora) *Las mujeres y los géneros en la antropología latinoamericana*, El Colegio de México, México, pp. 141-167.
- _____, B. Aguilar, M.B. López y T. DiGiacomo (1993) 'Autonomía de la madre y salud del hijo: reflexiones sobre la experiencia latinoamericana', en ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE IV *Conferencia Latinoamericana sobre Población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, México D.F. Vol. II, pp. 665-681.
- _____ y E. Liendro (1995) 'La presencia del varón en la salud reproductiva', en E. Hardy et al. (eds.), *Ciencias sociales y medicina: perspectivas latinoamericanas*, Universidad de Campinas, Brasil, pp. 193-226.
- _____ y O. Rojas (2000) "La presencia de los varones dentro de los procesos reproductivos", en Beatriz Schmuckler (coordinadora) *Políticas públicas, equidad de género y democratización familiar*. Instituto Mora, México, pp. 42-56.

Lagarde, M. (1994) 'La regulación social del género: el género como filtro de poder', en Consejo Nacional de Población, *Enciclopedia de la sexualidad*, México, pp. 389-425.

Lerner, Susana y André Quesnel (1982). "Una familia como categoría analítica en los estudios de población: Propuesta de un esquema de análisis", en *Investigación Demográfica en México 1980*, CONACYT, México, pp. 577-592.

Ortega y Gasset, J. (1968), *Ideas y creencias*, Buenos Aires

Ortiz Ortega, A. (1999) "Los derechos reproductivos vistos desde la óptica de las mujeres" en Beatriz Figueroa (coordinadora) *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*, El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía, México, pp. 289-295.

Palma, Yolanda, Teresa Jácome y José Luis Palma (1992), "Percepción del valor de los hijos en tres re-

giones de México". Ponencia presentada en la Reunión sobre el Poblamiento de las Américas, Veracruz, mayo, México (mimeo).

Secretaría de Salud (1988). *Encuesta sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México*. Methodological document, Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud, México, D.F.

Secretaría de Salud (1989). *Informe de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*. Institute for Resource Development y Secretaría de Salud, México, D.F.

Tuirán, R. y V. Salles (1998) "La tensión entre el enfoque de la salud reproductiva y la realidad que pretende abarcar: una discusión desde las ciencias sociales", en Héctor Hernández y Catherine Menkes (coordinadores) *La población de México al Final del siglo XX*, Universidad Nacional Autónoma de México y Sociedad Mexicana de Demografía, México, pp. 115-128.

*La incorporación de la perspectiva de género en la investigación
social sobre reproducción: algunas experiencias
en América Latina y Asia*

se terminó de imprimir en junio de 2002
en los talleres de Corporación Industrial Gráfica, S.A. de C.V.,
Francisco Landino 44, col. Miguel Hidalgo, 13200 México, D.F.

Tipografía y formación: Leticia Alvaradejo.

Se imprimieron 1 000 ejemplares más sobrantes
para reposición. La edición estuvo al cuidado del Programa
Salud Reproductiva y Sociedad
de El Colegio de México.



PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO