

IDEOLOGÍA PATRIARCAL, ESTADO Y POLÍTICAS DE SALUD EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA EN VENEZUELA

Patriarchal ideology, state and health policies on assisted fertilization in Venezuela

Doris Nóbrega

RESUMEN

En el presente ensayo presentamos, partiendo de una revisión documental realizada como parte de un trabajo de investigación en desarrollo, un análisis desde la perspectiva de género de la relación entre ideología patriarcal, Estado y políticas de salud del estado venezolano, en materia de procedimientos de fertilización asistida. Exploramos los significados y las representaciones sociales subyacentes en relación con la categoría maternidad, que se encuentran presentes tanto en el discurso social como en el discurso médico; y exponemos una visión desde la perspectiva de género sobre las técnicas de reproducción asistida. Finalmente mencionamos algunos lineamientos que actualmente se aplican en otros países, sobre políticas de salud dirigidas al abordaje de la infertilidad y de las técnicas de reproducción asistida y planteando la necesidad de apertura de un debate político, que lleve a la regulación y legislación de todo lo relacionado con este tema de gran relevancia para nuestra sociedad.

Palabras clave: patriarcado, salud sexual y reproductiva, fertilidad asistida, representaciones sociales.

ABSTRACT

In this essay we present, based on a literature review conducted as part of a research project developing an analysis from a gender perspective of the relationship between patriarchal ideology, state and health policies of the Venezuelan state, in terms of procedures assisted fertilization. We explore the underlying meanings and social representations in relation to the category motherhood, which are present in the social discourse and medical discourse; and we expose a view from a gender perspective on assisted reproduction techniques. Finally we mention some guidelines that currently apply in other countries, health policies aimed at addressing infertility and assisted reproduction techniques and raising the need for open political debate, leading to regulation and legislation of all related to this issue of great importance to our society.

Keywords: patriarchy, sexual and reproductive health, assisted fertility, social representations.

Doris Nóbrega Licenciada en Bioanálisis. Magíster en Toxicología Analítica. Doctoranda en el programa doctoral de Ciencias Sociales, mención Salud y Sociedad. Escuela de Bioanálisis, sede Carabobo. FCS-UC. Universidad de Carabobo. Línea de Investigación actual: Salud sexual y reproductiva. Unidad de Investigación y Estudios de Género "Bellacarla Jirón Camacaro". doris_nobrega@hotmail.com

Artículo recibido en Marzo 2016 y aprobado en Agosto 2016

Introducción

Partiendo de la definición de Ideología como “una manera de concebir al mundo”, podríamos decir que el Patriarcado como Ideología surgió desde el mismo momento en que surge el Estado, y que desde entonces ha permeado a toda la Sociedad, y en consecuencia a todas las instituciones del Estado, de modo que las políticas sociales que se desarrollan desde el Estado y en especial las políticas de salud, se encuentren impregnadas de esta ideología, lo que conlleva a que todo cuanto se haga en salud tenga sesgos a favor de lo masculino.

Un aspecto de gran importancia para la vida de hombres y mujeres, como lo es la reproducción humana (tanto biológica como social) está indudablemente marcada por la impronta de esta ideología patriarcal, y es así como se construyen las representaciones socio-simbólicas de una categoría social de gran relevancia como lo es la Maternidad. Esta categoría, plena de sentidos, especialmente para las mujeres, se constituye en una representación que está cargada de una socio-simbología que crea desde la ideología patriarcal, un binomio inseparable mujer-madre, que en consecuencia lleva a que toda mujer que no cumpla con ser madre, sea considerada por los demás o se considere ella misma imperfecta o incompleta.

De allí que el poder-saber médico, como uno de los garantes institucionales de esta ideología, se apropie del cuerpo femenino para dar respuesta a lo que exige el patriarcado, tratando a ese cuerpo como una máquina que debe ser reparada para poder cumplir con “ser madre”, lo que deviene en un vertiginoso desarrollo en el campo médico, sobre todo en los últimos años, para resolver dicha “imperfección”, y que se refiere a los procedimientos de fertilización asistida, en los cuales las más poderosas empresas han invertido grandiosas sumas de dinero, en un negocio que parece ser muy rentable, y del cual las principales víctimas son las mujeres.

Además, es importante tener en cuenta que uno de los objetivos que persigue el Estado desde la ideología patriarcal, es mantener el poder sobre la mujer, a fin de garantizar la reproducción social y biológica, tan necesarias para la perpetuación de la especie humana, así como para garantizar mano de obra productiva, razón por la cual se han desarrollado desde el Estado diversas políticas sociales y de salud, que buscan perpetuar ese ideal materno, y en consecuencia, las políticas de salud pública se han dirigido específicamente a la atención de la mujer por su condición reproductora.

Sin embargo, en relación con una de las políticas de salud que deben ser abordadas

en esta materia, y a pesar de lo que está establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, así como en otros instrumentos legales de nuestro país, se ha observado que en cuanto a políticas de salud sexual y reproductiva, y específicamente lo que se refiere a la Fertilización Asistida, ha pasado a ser un tema olvidado, y no solo en nuestro país sino en el ámbito mundial, a pesar del gran auge de su consumo y de los problemas de salud pública que podrían derivarse del mismo. Es posible que esto no sea ingenuo, toda vez que la industria de la reproducción asistida ha avanzado vertiginosamente en los últimos años, para la cual la inversión económica ha sido de gran importancia, pero más relevante aún son las ganancias obtenidas.

De allí surge la necesidad de realizar investigaciones en esta materia, así como también abrir el debate público, a fin de que sea desarrollado un marco regulatorio y políticas de salud pública que sean capaces de abordar este tema en nuestro país, en virtud de todas las implicaciones que tiene desde el punto de vista legal, ético y bioético.

A continuación expondremos de manera más detallada, cada uno de los aspectos antes mencionados, lo cual haremos partiendo de un trabajo de investigación en desarrollo como parte de la tesis doctoral titulada: Simbología hegemónica del discurso sobre la infertilidad y su praxis de reproducción asistida, Binomio mujer/madre: Una anatema de la mujer infértil; la cual está siendo desarrollada en el Programa Doctoral en Ciencias Sociales, mención Salud y Sociedad. Para ello, hemos recurrido a una revisión documental con el propósito de hacer un análisis desde la perspectiva de género, sobre la relación entre ideología patriarcal, Estado y políticas de salud del estado venezolano, en materia de procedimientos de fertilización asistida.

Ideología Patriarcal y construcción socio-simbólica de la maternidad

Una ideología es un sistema coherente de creencias que orientan a las personas hacia una manera concreta de entender y valorar el mundo, proporcionando una base para la evaluación de conductas y otros fenómenos sociales, que sugiere respuestas de comportamiento adecuadas. Por analogía, una ideología “sexual” sería, entonces, un sistema de creencias que no sólo explica las relaciones y diferencias entre hombres y mujeres, sino que toma a uno de los sexos como parámetro de lo humano. Así, la ideología patriarcal, se trata de la manifestación y la institucionalización del dominio masculino, sobre las mujeres y sociedad en general. Se caracteriza por la autoridad, impuesta desde instituciones, de los hombres sobre las mujeres y sus hijos/as en la unidad familiar. En este tipo de sociedades existe una desvalorización de la mujer, que es relegada a un segundo plano. (Facio, 1999).

Para acercarnos a los orígenes de esta ideología patriarcal, debemos remontarnos a la época en la que el ser humano se hizo sedentario, se inició la agricultura y por tanto los excedentes de producción y acumulación de bienes, lo que inevitablemente nos llevó a la generación de la propiedad privada y lo que ello conlleva: la necesidad de defender el territorio y la mano de obra para trabajar en los campos. Es entonces, cuando la mujer comienza a ser propiedad privada de los hombres. El patriarcado pasó así a ser una institución que ha ido adaptándose a las diferentes etapas por las que ha pasado la humanidad, es decir, sigue vigente en su fondo, pero la forma va cambiando, de lo contrario sería imposible que hubiera resistido a lo largo de un periodo tan largo de la historia.

Marcela Lagarde (1996), define Patriarcado como:

... Un orden social genérico de poder basado en un modelo de dominación cuyo paradigma es el hombre. Ese orden asegura la supremacía de los hombres y de lo masculino a partir de la inferiorización previa de las mujeres y de lo femenino. Es, a la vez, un orden de dominio de unos hombres sobre otros y de enajenación entre las mujeres. El patriarcado, por tanto, es el sistema socio-cultural que perpetúa las desigualdades en perjuicio de las mujeres y de determinados hombres que no responden a sus designios.

Desde el punto de vista histórico, las diferencias entre los sexos y la desigualdad están estrechamente ligadas. ¿Por qué? Porque la diferencia mutua entre hombres y mujeres se concibió como la diferencia de las mujeres con respecto a los hombres cuando los primeros tomaron el poder y se erigieron en el modelo de lo humano. Desde entonces, la diferencia sexual ha significado desigualdad en perjuicio de las mujeres. Esta desigualdad podría haberse dado en contra del sexo masculino si el parámetro de lo humano hubiese sido a la inversa. Pero, está empíricamente probado que la jerarquización se hizo y se hace a favor de los varones. Es más en todas partes y en la mayoría abrumadora de las culturas conocidas, las mujeres somos consideradas de alguna manera o en algún grado, inferiores a los hombres. Cada cultura hace esta evaluación a su manera y en sus propios términos, a la vez que genera los mecanismos y las justificaciones necesarias para su mantenimiento y reproducción.

Basándose en este parámetro, el sistema especifica derechos y responsabilidades, así como restricciones y recompensas, diferentes e inevitablemente desiguales en perjuicio del sexo que es entendido como diferente a "el modelo". Además, el sistema justifica las reacciones negativas ante quienes no se conforman, asegurándose así el mantenimiento del estatus quo. Es éste el caso de las ideologías patriarcales que no sólo construyen las diferencias entre hombres y mujeres, sino que las construyen

de manera que la inferioridad de éstas es entendida como biológicamente inherente o natural. Aunque las diversas ideologías patriarcales construyen las diferencias entre los sexos de manera distinta, en realidad este tipo de ideologías sólo varían en el grado en que legitiman la desventaja femenina y en el número de personas que comparten un consenso sobre ellas. (Facio, 1999b).

En este sentido, las ideologías patriarcales no sólo afectan a las mujeres al ubicarlas en un plano de inferioridad en la mayoría de los ámbitos de la vida, sino que restringen y limitan también a los hombres, a pesar de su estatus de privilegio. En efecto, al asignar a las mujeres un conjunto de características, comportamientos y roles "propios de su sexo", los hombres quedan obligados a prescindir de estos roles, comportamientos y características y a tensar al máximo sus diferencias con ellas.

La universalidad de la subordinación femenina, el hecho de que exista y que involucre los ámbitos de la sexualidad, la afectividad, la economía y la política en todas las sociedades, independientemente de sus grados de complejidad, da cuenta de que estamos ante algo muy profundo, e históricamente muy enraizado, algo que no podremos erradicar con un simple reacomodo de algunos roles en lo sexual o social, ni siquiera con reorganizar por completo las estructuras económicas y políticas. Instituciones como la familia, el Estado, la educación, las religiones, las ciencias (entre ellas las ciencias médicas) y el derecho han servido para mantener y reproducir el estatus inferior de las mujeres.

Ahora bien, el Estado patriarcal, es una construcción socio-histórica y cultural pensada desde la masculinidad en el marco de las relaciones de poder y dominación, donde la ideología, ha sido el hilo conductor para la construcción de un sistema de códigos culturales basados en la dominación desde la masculinidad, que se reproducen en la familia como el resultado de un modo de organización social que se sustenta en el Estado y se extiende a todas las estructuras que lo componen, convirtiéndose en dispositivos no fáciles de desregular. (Meza, 2006). De allí, que los aparatos ideológicos de Estado, tengan transversalizados estos códigos, lo que perpetúa la institución de este Patriarcado.

Así, de ser el patriarcado una forma de organización social que se inicia con la familia, se institucionaliza y toma forma de Estado, masculinizando todos los componentes que lo conforman, deviene que todo lo que se construye, como la ciencia, la educación, los programas educativos, la salud, las profesiones, las religiones, la cultura, la arquitectura, el arte, la ideología, la política, la semántica, la lingüística, los roles, las formas de organización de la familia, los valores, creencias y costumbres, la estética y la feminidad y todas las estructuras de la sociedad en general, sean pensadas desde

la masculinidad, pues el varón se apropia del concepto de institucionalidad y Estado.

En este sentido, una de las categorías que se impregna de todo lo anteriormente planteado, es la categoría Maternidad. La maternidad es la representación cultural más compleja que sobre el imaginario de la mujer se ha elaborado a lo largo de la historia del pensamiento occidental, que ayuda a interpretar la representación de una serie de ideales sociales contruidos en su entorno, la cual no es una mera abstracción o una expresión lingüística, sino que se inscribe vitalmente en la experiencia de las/los individuos/os y determina las condiciones de su socialización como seres sexuados, sobre la base ideológica de la dominación masculina.

Al respecto, señala Cristina Palomar que

Plantear que la maternidad es una práctica cultural significa también relativizar los lugares comunes sobre ésta, ya que implica asumir, de entrada, que *el significado que esta práctica tiene, está en estrecha relación con el contexto cultural, social y económico en que se realiza**. Enfocar de esta manera al fenómeno de la maternidad vuelve a plantear la vieja y falsa oposición naturaleza-cultura, ya que las respuestas automáticas traen otra vez las mencionadas nociones sobre la “naturaleza” de las mujeres, el “instinto materno” y la “esencia femenina”. Los aspectos culturales solamente suelen asociarse, al analizar la maternidad, con la fenomenología que presenta, pero no con su misma existencia. En términos tradicionales, nadie se atrevería a sostener que *la maternidad es, hoy por hoy, un hecho cultural y no biológico. Es decir, que se trata de una cuestión de género**. Es el género, en tanto conjunto de ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer en nuestra sociedad y en nuestro tiempo, lo que determina el fenómeno, tanto en lo subjetivo como en lo colectivo. (2005: 43-44)

* la cursiva es nuestra

Así, la representación de la maternidad (proceso mediante el cual nuestra cultura ha usado las prácticas significantes para producir un sentido determinado en relación con esta categoría) está determinada en el Discurso Social por una dominación simbólica, fruto de la materialización de las diferencias entre lo femenino y lo masculino, diferencias que se han arraigado desde lo biológico, centrándose en la función reproductora de la mujer. En este sentido, la función biológica de la reproducción adquiere en el orden simbólico que define a la cultura, un valor que remite a campos semánticos complejos delimitados por articulaciones significantes y no a un objeto supuestamente natural.

A propósito de esto, reflexiona Silvia Tubert que

Durante tanto tiempo se ha concebido a la maternidad como una función de carácter instintivo, profundamente arraigada en la estructura biológica de

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

* la cursiva es nuestra

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

En todas las sociedades históricas conocidas, la maternidad ha sido considerada la condición femenina por excelencia, e incluso la misma esencia femenina. Sin duda, ha sido la capacidad biológica de procrear de las mujeres -las únicas que disponen de un cuerpo capaz de engendrar y albergar a otro cuerpo- la que ha sustentado la permanente identificación entre feminidad y maternidad. A partir de esta equivalencia, la mujer ha sido presentada por los discursos dominantes como un ser unidimensional que sólo puede ser madre.

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

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

Ahora bien, interpretando lo que nos señalan autoras como Franca Basaglia (1983), Estela Serret (2004) y Marcela Lagarde (2008), la construcción social sobre lo que significa ser hombre o mujer, impacta constantemente en la definición de las diversas identidades, donde la identidad, como sabemos, no se define únicamente a partir de esta sanción colectiva, sino que en ella interviene de una manera igualmente importante la forma como los/las sujetos/as se autoperciben, recuperando ciertamente la mirada externa, pero reelaborándola a partir de su propia vivencia. Esto es precisamente, lo que nos hace ser individuales y colectivos al mismo tiempo.

En este sentido, el Género se constituye en el rasgo más importante del complejo identitario humano, que hasta ahora sigue siendo decisivo para dar forma a todos los demás rasgos que integran este conjunto. Cuando el género describe a las identidades, cuando se inscribe en ellas, ordena prácticamente todas las demás piezas que pueden modificar la percepción social y la autopercepción del/la sujeto/a. Si contrastamos al género con otros ordenadores de identidad, podremos entender más claramente de qué se trata. La pertenencia étnica, la nacionalidad, la raza o el credo religioso, son referentes que cambian considerablemente para el imaginario social si comparamos cómo se expresan en distintas épocas o en diversos pueblos. La singularidad del género consiste en que algunos rasgos socialmente atribuidos a la diferencia entre un hombre y una mujer, son extrañamente constantes y similares a lo largo de la historia, en las distintas culturas, y en sociedades distantes entre sí. Muchas referencias fundamentales han cambiado muy poco a lo largo de las épocas y difieren en lo mínimo incluso entre las sociedades más contrastantes, y una de las categorías de género presente en el imaginario colectivo que menos ha variado, es la Maternidad, lo cual desde el tema que pretendemos abordar, es de especial relevancia.

Las representaciones dominantes de la maternidad se desarrollan en relación a las

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

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

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

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

Pero si bien el papel de la mujer en la sociedad ha cambiado, así como sus expectativas

y aspiraciones, el “mito” o “deseo” de la maternidad sigue estando bien arraigados en el imaginario colectivo de las mujeres, pese a su inoperatividad en la práctica cotidiana en muchos casos. El dilema ante aspiraciones incompatibles genera un fuerte sentimiento de frustración, estrés, angustia y culpabilidad. Asumiendo entonces, que el peso de la cultura es influyente en la construcción de la identidad de las mujeres y reconociendo que la particular historia psíquica y familiar de la mujer, desde la ideología patriarcal, es condicionante en el deseo consciente o inconsciente de ser madre o de tener hijos/as, cabe preguntarse, ¿qué sucede con este ideal de maternidad, cuando una mujer está físicamente imposibilitada para procrear hijos/as, es decir, cuando es infértil?

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

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

Procedimientos de fertilización asistida como expresión del Poder

Médico-Ideología Patriarcal sobre el cuerpo femenino

Este discurso socio-simbólico patriarcal al cual hemos hecho mención en la parte anterior, permea y alimenta otro discurso hegemónico patriarcal como lo es el Discurso Médico, el cual a su vez se superpone al discurso social de la maternidad, atravesándolo completamente en un juego bidireccional que es permanente, es decir, ambos discursos (social y médico) van de la mano en la construcción de las representaciones sociales de la categoría maternidad.

En el discurso médico de la maternidad, se ha podido observar una medicalización progresiva del cuerpo de la mujer, especialmente centrada en su ciclo reproductivo. El control de la reproducción desde las ciencias médicas, forma parte del control “estadístico” de la población, que comienza a ejercer el Estado desde que se considera la población como fuente de riqueza, donde los cuerpos femeninos pasan a ser objetos valiosos que sirven para producir individuos que tienen un valor económico (aunque no todos ellos tienen el mismo valor: por eso se promueve la natalidad en los países ricos, aún a costa de caros y dolorosos experimentos en los cuerpos de las mujeres con las nuevas tecnologías de la reproducción, mientras que se esteriliza indiscriminadamente a las mujeres del “tercer mundo”, pero esto es tema para otra discusión).

De allí el importante papel que ha jugado la medicina al convertir a las mujeres en el objeto de su discurso y sus prácticas, y cómo ha contribuido con ello a normalizar y controlar una feminidad histórica y culturalmente construida, ya que lo que se intenta es constituir la identidad femenina a través de un entramado de relaciones de poder-saber. En este sentido, haremos mención a varios señalamientos de la autora Daisy Camacaro (2007):

...el discurso médico, desde la antigüedad hasta nuestros días, ha hecho de la vida reproductiva de la mujer su campo de batalla; manteniendo el control de la sexualidad femenina... (2007: 30).

...En el andamiaje del discurso médico, toda la armazón fue y será el sometimiento de la mujer; nuestro destino quedó marcado por nuestras características bio-físicas. Históricamente, el discurso médico se convirtió en el arma más poderosa para legitimar los prejuicios sociales y observaciones hechas de la naturaleza en una verdad científica. Este paradigma, construido por hombres y atendiendo a los intereses del sistema patriarcal, fue ejerciendo su poder hegemónico, impuso su visión androcéntrica y se convirtió en un discurso victorioso hasta hoy... (2007: 30-31)

... el discurso médico patriarcal delimitó el territorio, ancló su bandera y

colonizó el cuerpo de la mujer; construyendo nuestro género desde su perspectiva... (2007: 31).

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

La infertilidad ha sido definida por el modelo biomédico hegemónico tradicional como “una enfermedad del sistema reproductivo” en la que una pareja, hombre y mujer, no logra un embarazo luego de un año o más de mantener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Ha sido precisamente la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) la encargada de reconocer a la infertilidad como una “enfermedad” en el entendido de que la salud de las personas afectadas, así como su entorno familiar, se ven seriamente dañadas.

Al respecto, consideramos relevante confrontar tal aseveración. Para ello, partiremos de la visión que tiene este mismo organismo mundialmente reconocido en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia, en cuanto a la definición de Salud “como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 1948) la cual quedó plasmada en el preámbulo de su Constitución y sirve de base para el cumplimiento de sus competencias. Sin embargo, esta definición se está repensando desde Latinoamérica, por cuanto es necesario concebirla como no como un estado sino como un proceso, en el que se deben incorporar los componentes históricos, políticos, culturales y ambientales, en el que además el trabajo y la clase social a la que se pertenece, son determinantes en la manera de alternarse ese equilibrio dialéctico salud-enfermedad (León, 2012). En virtud de ello, nos llena de mucha incertidumbre esta afirmación que hace la OMS en relación a la infertilidad, y al hecho de que sea catalogada como una enfermedad, ya que no se ha pensado que todo lo que rodea al hecho de la infertilidad, es absolutamente cultural, enraizado en la ideología patriarcal, y que de no ser así, no sería concebida como enfermedad.

Desde las ciencias médicas, hasta hace poco se consideraba que existía entre 60 y 80 millones de parejas infértiles en todo el mundo. Incluso se mencionaba que la infertilidad alcanzaba una prevalencia de 15%. Sin embargo, en los últimos años estas

cifras se han incrementado. De hecho, en la actualidad la infertilidad afecta a una de cada seis parejas, sabiendo que del total de casos de infertilidad que se presentan, el 40% se atribuyen a la mujer, 40% al hombre y el 20% restante a ambos o a causas desconocidas. Latinoamérica, y particularmente Venezuela, no escapan a esta realidad.

De allí el auge en el consumo de cada vez más y novedosas técnicas, que permiten a este poder médico controlar lo que ha clasificado como “enfermedad”, a través de diversos procedimientos de fertilización asistida, de los cuales las principales consumidoras y en consecuencia las más afectadas son las mujeres, aun a pesar de que no sean ellas quienes manifiesten “el problema de infertilidad”, en virtud de que son ellas quienes precisamente sienten mayor presión social y en consecuencia mayor necesidad de acceso a ellos.

En este sentido, señala Dora Cardaci

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

*La cursiva es nuestra

Ahora bien, como fenómeno social, y visto desde la mirada del género, abordar parte de las dimensiones culturales de la infertilidad y de las técnicas de reproducción asistida, pasa por tres argumentos: el primero de ellos, es la parte de la reproducción socialmente determinada, esto es, la procreación que da pie a la construcción de parentesco y que determina tareas entre los géneros; en el segundo argumento, se reconoce que si bien la reproducción socialmente determinada es un hecho que se tiene que cumplir, entonces es el cuerpo que pasa a ser la máquina de dicha reproducción, por lo que el cuerpo juega un papel básico y específico. Cuando el cuerpo, por condiciones fisiológicas, como puede ser la infertilidad, no cumple con lo socialmente esperado, es sometido a diversos estudios y tratamientos. El tercer argumento, tiene que ver con el sistema de género, pues culturalmente a la mujer se le ha impuesto que su papel natural y principal en la sociedad es la maternidad. De allí que al conjugar estos tres argumentos, se determina el comportamiento tanto en el discurso social como en el discurso médico, de lo que implica la infertilidad, especialmente para la mujer.

El discurso biomédico parte de una visión del cuerpo como máquina, por lo que ante la imposibilidad de concebir “naturalmente” en virtud de un “cuerpo imperfecto”, plantea la posibilidad de repararlo. El interés de considerar el discurso médico de

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

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

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

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

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

...Hoy el desarrollo tecnológico, máxima expresión de progreso en nuestras sociedades, y apoyo indiscutible de la ciencia médica, ha tenido un avance enorme a nivel de las tecnologías reproductivas, las cuales en los momentos actuales *funcionan a partir de la ideología patriarcal sobre el cuerpo de la mujer**, por ello, no es gratuito que los máximos avances a nivel de estas tecnologías, han sido en el campo de la reproducción femenina, no en la masculina. Todo ello se sustenta en la valoración de la mujer como madre, el discurso por el que transita la tecnología reproductiva es el de la maternidad social, en tanto que la esterilidad es vista como un des-orden biológico que requiere la intervención médica para salvar a las mujeres de su cuerpo fallido que les impide la maternidad. (2010: 62).

*La cursiva es nuestra

En relación a lo anterior, partiendo del hecho de que es el discurso médico el que hace posible la identificación de una enfermedad, y no lo contrario, uno de los aspectos que se pretende develar en el presente análisis y bajo la mirada de la perspectiva de género, es que la infertilidad no es realmente una enfermedad, tal y como ha sido planteado por la OMS, para lo cual nos apoyamos en la autora Silvia Tubert, quien hace varios señalamientos al respecto a los cuales haremos mención:

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

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

La infertilidad y el uso de tecnologías para la reproducción asistida se suelen entender como un problema que atañe primordialmente a la biomedicina, de allí que se busca darle solución en el ámbito de lo corporal, lo hormonal, lo quirúrgico. La medicalización de la infertilidad ha obturado por mucho tiempo la posibilidad de visualizarla como un asunto que necesita ser estudiado desde un enfoque socio-antropológico que incluya una mirada desde el género, pues más allá de los factores fisiopatológicos que pueden originar la imposibilidad de tener un hijo/a biológico/a, el mayor o menor sufrimiento que produce la infertilidad en la mujer o en la pareja proviene de los significados atribuidos a esta situación. Sin embargo, la relación médico/a-paciente se centra sobre todo en la dimensión biológica: en el ascenso de los niveles de estradiol, en el número de óvulos extraídos, en cuántos de ellos han sido fecundados, en su evolución.

En este sentido y como señala Silvia Tubert (1991), al medicalizar la demanda de hijo se simplifica la cuestión, se pasa del orden simbólico -la demanda- a otro orden fenoménico real -la intervención-. La unión de las dos metáforas -cuerpo/fragmentación, mujer/madre- hace que en las intervenciones biomédicas, el cuerpo de cada mujer se vaya reduciendo a vientre, útero, óvulos. Este proceso de objetivación hace que ellas desaparezcan en tanto que sujetas.

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

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

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

Las "tecnologías para la reproducción asistida" (TRA) incluyen en general cualquier terapia dirigida a mejorar las oportunidades de concebir de una pareja estéril. En 1978 hizo su debut una de estas tecnologías con el nacimiento de Louise Brown, gracias a la fecundación in vitro (FIV) de su madre. Aunque en un principio parecía sencillo combinar espermatozoides y un óvulo en una placa de Petri, ahora sabemos que dista mucho de ser simple. Muchos de los procedimientos son cuestionables, y muchos de los fármacos utilizados en estos procedimientos ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Como no se han podido hacer estudios a largo plazo, los riesgos que implican para las mujeres y sus hijos/as son todavía desconocidos.

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

Como resultado de lo anterior, cada día más mujeres acuden a las TRA para poder tener hijos/as. La fecundación in vitro es un negocio que mueve millones de dólares al año. En los Estados Unidos han nacido más de 150.000 niños/as gracias a las TRA a que se sometieron sus madres. Pero, ¿es ésta una decisión prudente? La FIV está controlada por el sector privado, y prácticamente sin ningunas restricciones. La FDA (Agencia Federal para Administración de Comidas y Medicamentos) a menudo aprueba fármacos cuyos efectos a largo plazo no han sido determinados, y deja al criterio del médico el uso "fuera de la etiqueta" de medicamentos en el tratamiento de síntomas para los cuales no han sido aprobados. Como no existe una agencia

reguladora que supervise la industria, las mujeres son tratadas como objetos de estudio, y se les suministran fármacos que representan un riesgo desconocido.

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

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

Políticas dirigidas a la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres. Fertilización Asistida: Una deuda en las políticas de salud pública en Venezuela.

Las políticas públicas, como campo de la ciencia política, se nutren constantemente en su teoría y práctica de las complejas relaciones que se dan entre el modelo de Estado, la ideología y la política propiamente dicha en un momento histórico determinado. Luego de finalizada la Segunda Guerra Mundial en 1945, y como un producto más de la modernidad, se impuso la necesidad de afinar las formas de intervención pública a los problemas de la sociedad con un enfoque racional. La noción de política pública surge en el contexto de la expansión del Estado de bienestar, dentro de las transformaciones de las ciencias políticas, emergiendo como un sistema de conducta de la ciencia política en el manejo del Estado moderno, para tratar de resolver los problemas sociales. (Naranjo, 2013).

El desarrollo de políticas públicas está referido, al establecimiento de un conjunto de relaciones que se dan entre el Estado y la sociedad, a raíz de un aumento de las necesidades sociales y demandas por su satisfacción. Se ha señalado además que las políticas públicas, surgen de procesos complejos en el que intervienen diversos

actores, cuyos intereses, poder y ubicación van a afectar la formulación y ejecución de las mismas. Las políticas públicas también pueden definirse como el producto de actos de confrontación o acuerdos entre la sociedad y el Estado, donde la sociedad requiere de cierto empoderamiento social y canales de comunicación efectivos para una sana y estrecha relación Estado - Sociedad.

Dentro de los principales problemas a enfrentar en el diseño y ejecución de las políticas, están los referidos al hecho de que por ser un espacio de decisión social, se requieren mecanismos eficaces de articulación de intereses diversos, concertación y regulación de grupos sociales de presión y búsqueda del consenso para el logro de su implementación. Las políticas públicas por tanto, expresan la correlación de fuerzas, el nivel y tipo de consenso entre los diferentes actores sociales y pueden ser definidas como la expresión en el plano político nacional de las necesidades de bienes públicos de diferentes sectores sociales.

En relación a la política de salud, se puede expresar que la misma debe estar dirigida a actuar sobre la producción social de la salud y satisfacer las demandas de atención. Su principal propósito es contribuir a eliminar las brechas existentes entre los diferentes sectores sociales, la exclusión social, las inequidades de acceso y elevar la calidad de atención. Para esto la participación social, las redes de servicios y el fortalecimiento de la salud pública son fundamentales.

La salud pública puede definirse como la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas. Por ello, es necesaria la conceptualización de políticas de salud, que contribuyan a consolidar la práctica de la salud pública, para el correcto funcionamiento del sistema de salud y el beneficio de la población.

Una de las áreas de abordaje para el desarrollo de políticas públicas de salud, dirigidas a la mujer, es la salud sexual y reproductiva. La salud sexual y reproductiva es un área que aglutina importantes problemas de salud pública sobre-determinados por condiciones socioeconómicas estructurales, por lo que son también problemas sociales. Las necesidades de salud sexual y reproductiva abarcan: la educación sexual, información, comunicación y servicios integrales para promover la capacidad libre, consciente y responsable de decidir sobre la sexualidad y la procreación de manera voluntaria y sin riesgos, donde se plantea que la reproducción no es un fin último o elemento central. (Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, 2003).

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

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

Abordar la temática en torno a la salud sexual y reproductiva en Venezuela, obliga a revisar aspectos que tienen que ver con la situación poblacional en el país y los modelos de desarrollo. En Venezuela, las políticas de salud sexual y reproductiva en la década de los 70 - 80 por ejemplo, estuvieron influenciadas por el enfoque Mujeres en el Desarrollo (MED). Este enfoque desarrollista, promovía la integración de las mujeres al desarrollo, sin tomar en cuenta las relaciones de poder existentes, la posición ocupada por ellas en la estructura económica y en las relaciones de género. El gran olvido fue no considerar las influencias ejercidas por las desiguales relaciones de género, ni la articulación de los roles productivos y reproductivos en el acceso a los recursos. Se introducen en el país, los programas de planificación familiar, siguiendo las recomendaciones del Club de Roma y los mandatos de los organismos internacionales: OMS y OPS (Organización Panamericana de la Salud). (González, 2008).

De allí proviene el enfoque que ha marcado la política sobre derechos sexuales y reproductivos en Venezuela: focalizada en los procesos de embarazo, parto, puerperio, crecimiento y desarrollo de hijos/as fundamentalmente. Los aspectos relacionados con la sexualidad, quedaron subsumidos en la fecundidad y en la maternidad, sus enfermedades y complicaciones, reproduciéndose de esta manera, una visión fragmentada del cuerpo, y un solapamiento perverso sobre la regulación social, la autonomía y el ejercicio de la libertad de las mujeres para decidir. Profundas contradicciones que en Venezuela, comienzan a discutirse por diversas actoras tanto en los espacios de movilización de acceso interno, así como en las diferentes plataformas externas.

El amplio consenso alcanzado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, significó un cambio de paradigma al centrar el foco de atención en las personas como sujetos/as de derechos. A partir de este encuentro, comenzaron a tomarse en consideración las condiciones de vida de las mujeres, sus capacidades y el

grado de ejercicio de sus derechos, los cuales determinan en gran parte las opciones y los comportamientos individuales a que dan lugar las tendencias poblacionales.

En la década de los 90 emerge un nuevo modelo de desarrollo: Género en el Desarrollo (GAD). La atención estuvo centrada no solo en las relaciones desiguales sino en las estructuras productoras de esa desigualdad. Lo que interesaba era incorporar el género en el debate de las políticas públicas, para lo cual era imprescindible colocar sobre el tapete la situación de la mujer en términos de su sexo. El enfoque GAD, estuvo impulsado por la Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1985 en Nairobi. Venezuela se acoge a los acuerdos allí planteados, asumiendo responsabilidades. La consigna consistió en reconocer que si queremos cambiar la posición de la mujer, hay que participar y empoderarse en los diferentes espacios de acción del Estado. En la década de los 90, la noción de derechos sexuales y reproductivos toma cierto vuelo en Venezuela. Este nuevo campo de derechos contribuye a la formulación de un nuevo paradigma sociocultural, afectando simultáneamente el sistema de género, la estructura de los derechos de ciudadanía y la cultura democrática. (González, 2008).

A raíz de todos los movimientos feministas que surgieron a partir de ese momento, en Venezuela, se desarrollaron diversos instrumentos legales que contemplan avances en materia de salud sexual y reproductiva entre los cuales se pueden mencionar: la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999; Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, 1993; Resolución 1762 del Ministerio de Educación, 1996; Ley Orgánica de Protección Integral del Niño y el Adolescente, 1998; Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, 2002; y Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007.

En este sentido y como podemos observar, en nuestro país, es relativamente reciente la incorporación al debate público de los derechos sexuales y reproductivos. La constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 76 establece la protección de la maternidad, paternidad y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo información, educación y servicios.

Debido a la necesidad de adecuarse a este marco jurídico constitucional, se aprobó en el año 2003 la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. En la misma, se define salud sexual y reproductiva como

...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad

de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, la libertad de procrear y decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia... Es expresión de calidad de vida y salud, así como de la satisfacción de las necesidades en esta área y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. (2003:18).

Pero, si bien es cierto que dicha norma constituye un importante avance en materia de salud sexual y reproductiva, y que establece dentro de los derechos sexuales y reproductivos “el derecho a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de tipo integral”, (p. 19) la misma no contempla de manera específica y detallada ningún mecanismo de regulación/atención en lo que se refiere a reproducción asistida. Su contenido está orientado a la atención de los principales problemas sociales y de salud pública en salud sexual y reproductiva, entre los cuales se destacan: el embarazo en adolescentes, embarazos indeseados y baja cobertura de planificación familiar, las altas tasas de mortalidad materna e infantil por causas prevenibles, la alta incidencia de cáncer cérvico uterino y de mama, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, así como la violencia doméstica y sexual. Es notoria la no inclusión de temas relacionados con la reproducción asistida.

Por otra parte, en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), se establece en su artículo 15, el cual considera las formas de violencia de género en contra de las mujeres, en su aparte 13 que desarrolla el término “violencia obstétrica”, que:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud*, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo *pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad**, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (2007: 24).

*La cursiva es nuestra

Sin embargo, a pesar de lo amplia de esta definición, cuando más adelante en el texto legal se amplía a lo que se refiere, nos damos cuenta que solo aborda el acto del parto (artículo 51), y que de ningún modo se toma en cuenta el tema de la infertilidad, ni de la reproducción asistida como una forma de violentar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, toda vez que desde la ideología patriarcal pareciera imponerse como única opción de vida para las mujeres, el ideal de la maternidad.

Ello apunta a que, a pesar de los esfuerzos realizados por diversos grupos a fin de lograr avances en materia de protección a la mujer a través de distintas normas, leyes

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

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

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

En este sentido y en consonancia con lo anterior, se hace necesario considerar que en nuestro país no existe ningún centro público de salud que realice tratamientos de reproducción asistida, y considerando que solo existen centros privados que ofrecen este servicio a elevadísimos costos, podría considerarse que el tema implica (además de todo lo que ya ha sido planteado), una discriminación económica o inequidad

para su acceso a aquellas mujeres de menos recursos que decidieran optar por ellos, razón por la cual otro de los aportes de investigaciones con perspectiva de género en esta materia, podría constituirse en la apertura de un debate nacional en relación con el acceso de toda la población a dichos tratamientos, sin menoscabo de su situación económica y en pleno derecho de elegir o no, optar por los mismos, para lo cual se requiere la adecuación de la infraestructura estatal así como el desarrollo de programas de salud pública dirigidos al abordaje de la problemática planteada, tomando en cuenta la necesidad de informar a quienes decidan optar por ellos y de forma veraz y oportuna, sobre los riesgos que se derivan de su uso.

Los primeros pasos dados en Venezuela en materia de Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, iniciaron en el año 2000 cuando la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz fue transferida al Ministerio de Salud y Desarrollo Social y se constituyen primero el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y luego el Programa Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes los cuales vinieron a sustituir el Programa Materno-Infantil, creándose así una plataforma programática para la aplicación de la Legislación Nacional e Internacional vigente de salud sexual y reproductiva y atención en salud a niños, niñas y adolescentes, en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio. Ambos programas estaban íntimamente relacionados y fueron adscritos a la Dirección General de Programas dependientes del Viceministro de Salud desde diciembre de 2004. (Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, 2003).

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

Por otra parte, el Plan Nacional de Salud 2014-2019, solo contempla como medida dentro de lo que corresponde al desarrollo de programas y proyectos en prevención y atención integral para las principales causas de morbi-mortalidad de la población

transversalizados por género, una resolución conjunta entre los Ministerios del Poder Popular para la Salud, para la Educación Básica y para la Educación Universitaria, que incorpore la salud sexual y reproductiva en los programas de educación primaria, secundaria, universitaria y misiones educativas (p. 94). Sin embargo, no se hace mención específica a nada relacionado con reproducción asistida, por lo que es probable que las medidas a aplicar en este sentido estén acordes a lo establecido en la Norma Oficial para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.

Una de las tareas prioritarias en materia de derechos sexuales y reproductivos, dirigidos hacia la fertilidad, y con la que estamos en deuda, consistiría en proteger a la mujer desde la infancia y en todas las etapas de su vida, a fin de evitar que se produzcan situaciones que traigan como consecuencia infertilidad secundaria. Hoy se conoce a través de estudios realizados por la OMS, que el 38% de las mujeres infértiles, lo son a consecuencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) mal curadas e infecciones como el HIV y sepsis materna; y que 24 millones de mujeres en todo el mundo han llegado a ser infértiles como consecuencia de lesiones por abortos inseguros e ilegales. (Florencia Luna, 2013).

Es por ello que la infertilidad debería tomarse entonces como un problema de salud pública, desde una visión en la cual las políticas de salud pública estén dirigidas a hacer un correcto control y seguimiento de todas las etapas de desarrollo de la vida de la mujer. En este sentido nos señala Florencia Luna (2013) que existe la

...necesidad de repensar el modelo de implementación de las técnicas de asistencia en la reproducción con una mirada diferente, que debería ser amplia e inclusiva, ya que la infertilidad está directamente ligada a la salud de la mujer, por lo tanto un enfoque legítimo desde la salud pública, para Latinoamérica, debiera formar parte de una aproximación integral a la salud sexual y reproductiva de las personas. (2013: 34).

Por lo tanto, la estrategia política debe orientarse a que los médicos/as que trabajan en reproducción asistida no sólo hagan énfasis en la prevalencia de la infertilidad (ya sea primaria o secundaria) y en la relevancia de que las mujeres tengan acceso a una buena salud sexual; sino que también deben plantear la seriedad del problema, los costos de todo tipo que esto implica, y especificar que existe una gran cantidad de infertilidad que podría evitarse si se planteara como política de salud pública. Esto implicaría una manera bastante más lógica, ética y equitativa de plantear el problema.

Consideraciones finales

Las políticas públicas deben estar dirigidas a dar respuesta a las necesidades sociales

de la población y a cambiar las relaciones de poder que existen en una sociedad y, en este sentido, la política de salud debe hacer su contribución para dar respuesta a estas necesidades, cambiar estas relaciones y garantizar con verdadera equidad el derecho a la salud.

De allí surge la necesidad de desarrollar un marco regulatorio así como Políticas de Salud Pública que den respuesta al tema abordado, ya que el Estado venezolano no contempla actualmente dentro de sus políticas de salud, nada concerniente a procedimientos de fertilización asistida. Dicho marco regulatorio debe ser desarrollado con participación de las mujeres, quienes son sus principales usuarias (víctimas) y con perspectiva de género, a fin de derribar las barreras que impone el patriarcado.

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

REFERENCIAS

Obras consultadas:

- BASAGLIA, Franca. (1983). *Mujer, Locura y Sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla.
- CAMACARO CUEVAS, Marbella. (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Universidad de Carabobo, Dirección de Medios y Publicaciones. Valencia, Venezuela.
- DE BEAUVOIR, Simone. (1977). *El segundo sexo*. Ediciones siglo veinte. Buenos Aires, Argentina.
- FACIO, Alda. (1999). *Feminismo, género y patriarcado*, en Fries, Lorena y Facio, Alda (Comp.): *Género y Derecho*, Ediciones La Morada, Corporación de Desarrollo de la Mujer. Santiago de Chile, Chile. pp 21 – 60.

LAGARDE, Marcela. (1996). Género y Feminismo. Desarrollo humano y democracia. Editorial Horas y Horas. Madrid, España.

_____. (2008). Identidad Femenina, en GARCIA ORTEGA, José Rosario (Comp.) Compilación sobre género y violencia. Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL). México. pp. 33 – 40.

LEÓN UZCÁTEGUI, José. (2012). La participación ciudadana en salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional. ¿De la representatividad a la participación protagónica? Asociación de Profesores de la Universidad de Carabobo.

SERRET BRAVO, Estela Andrea. (2004). Mujeres y hombres en el imaginario social. La impronta del género en las identidades. En: Ileana García Gossio (coord.), Mujeres y sociedad en el México contemporáneo. Nombrar lo innombrable. Tecnológico de Monterrey, Cámara de Diputados, Miguel Ángel Porrúa. México.

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

Legislación consultada:

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (1999). República Bolivariana de Venezuela.

NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. (2003). Ministerio de Salud y Desarrollo Social. República Bolivariana de Venezuela.

LEY ORGANICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA. (2007). República Bolivariana de Venezuela.

Publicaciones periódicas consultadas:

CAMACARO, Daisy. (2007). Cuerpo de mujer: territorio delimitado por el Discurso Médico... Comunidad y Salud; 5 (1): 26 – 31.

GONZÁLEZ, María Cristina. (2008). Salud sexual y reproductiva. Hacia una hermenéutica de la sospecha. Caso Venezuela. Comunidad y Salud, 6 (2): 13 – 24.

LUNA, Florencia. (2013). Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo. Revista de Bioética y Derecho, N° 28, 33 – 47.

MEZA PALMA, Daysi. (2013). Origen del estado. Haciendo Bitácora sobre el estado patriarcal y su institucionalidad. ¿Corolario de la modernidad? Comunidad y Salud, 11 (1): 77 – 79.

NARANJO, María. (2014). La política de salud en Venezuela durante el período 1.999- 2.012. Aportes para su formulación e implementación. Comunidad y Salud, 12 (2): 80 – 86.

PALOMAR VERA, Cristina. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. Revista de estudios de género, La Ventana, N° 022, 35 – 67.

ZEGERS-HOCHSCHILD F, ADAMSON GD, DE MOUZON J, ISHIHARA O, MANSOUR R, NYGREN K, SULLIVAN E, et al.; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. Human Reproduction; 24 (11), 2683-7.

Páginas web consultadas:

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. (2014). Plan Nacional de Salud 2014 – 2019. [Documento en línea]. Disponible en: www.mpps.gob.ve

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). Sexual and Reproductive Health. Infertility definitions and terminology. [Documento en línea] Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>