

## La fertilización asistida en la agenda de los grupos feministas mexicanos

Dora Cardaci y Ángeles Sánchez Bringas

### Resumen

La reproducción asistida (R. A.) ha generado una importante reflexión teórica y política dentro del feminismo anglosajón; se han discutido sus efectos adversos, como la reproducción de inequidades sociales y de construcciones ideológicas que refuerzan el vínculo esencialista entre biología e identidad femenina, pero también se ha explorado su impacto destabilizador en las formas tradicionales de concebir el parentesco, la familia, la paternidad y la maternidad. Al analizar el lugar de la R. A. en la agenda de grupos feministas mexicanos que trabajan en salud reproductiva, encontramos que la desmovilización y falta de discusión de una agenda común, la influencia del financiamiento en la definición de los asuntos que se priorizan, la resistencia a alejarse de los ejes de trabajo consagrados y la concepción de la maternidad como imposición, han llevado a que la R. A. no figure en la agenda política de la mayoría de los grupos analizados.

*Palabras clave:* Reproducción asistida, nuevas tecnologías reproductivas, maternidad, salud reproductiva, feminismo.

**Abstract**

Assisted reproduction (RA) has generated considerable theoretical and political reflection in Anglo-Saxon feminism. Its adverse effects have been discussed, such as the reproduction of social inequalities and ideological constructions that reinforce the essentialist link between biology and female identity. But its destabilizing impact on traditional ways of thinking about kinship, family, fatherhood, and motherhood have also been explored. By analyzing the place of RA on the agenda of Mexican feminist groups Mexicans working on reproductive health, we found that demobilization and lack of discussion of a common agenda, the influence of funding in the definition of issues that will be given priority, resistance to move away from traditional lines of work and the view of motherhood as an imposition, have led to the RA not being part of the political agenda of most groups analyzed.

*Key words:* Assisted reproduction, new reproductive technologies, maternal, reproductive health, feminism.

RECEPCIÓN: 13 DE FEBRERO DE 2011 / ACEPTACIÓN: 11 DE MAYO DE 2011

En la introducción a un análisis de la producción académica del feminismo estadounidense sobre infertilidad y reproducción asistida, Charis Thompson señalaba:

[...] las feministas comprenden perfectamente que la infertilidad es una carga muy pesada para las mujeres. Sin embargo, experimentan sentimientos ambivalentes en relación a apoyarlas en su búsqueda de terapéuticas que solucionen su infertilidad porque sienten que contribuirían al reforzamiento de los roles de género tradicionales. De allí que la relación entre quienes están a favor de los procedimientos de reproducción asistida (incluidos personal médico, algunos científicos sociales y las propias pacientes) y las feministas ha estado marcada fuertemente por esta tensión (Thompson, 2002: 19).

No obstante, como ponen de manifiesto los datos que se presentan en el siguiente apartado de este artículo, en Estados Unidos, Australia y algunos países europeos, los sentimientos encontrados sobre la pertinencia de abordar o no estos asuntos no han paralizado el análisis ni el debate feminista sobre éstos.

Nos preguntamos: ¿entre las feministas mexicanas se presentan los sentimientos ambivalentes que refiere Thompson? ¿la infertilidad y la reproducción asistida se encuentran en la agenda de los grupos feministas mexicanos que trabajan en salud reproductiva?, ¿quiénes incorporan estos temas a su agenda y cuáles son los argumentos que sustentan sus posiciones?

Un estudio reciente, en el que buscamos analizar la magnitud y características de la producción investigativa sobre infertilidad y procedimientos de reproducción asistida publicada en México en

las últimas dos décadas (Cardaci y Sánchez, 2009), indicó que los trabajos realizados desde un enfoque de género y/o feminista eran muy escasos y que en los posgrados de estudios de la mujer no se habían elaborado tesis sobre estos tópicos.

Con el propósito de contar con otro tipo de elementos que permitieran dar respuesta a las interrogantes planteadas anteriormente, realizamos un análisis sustentado en información documental, hemerográfica y en los datos obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas. Éstas últimas fueron realizadas en la ciudad de México durante los meses de febrero a julio de 2009, a integrantes de organizaciones civiles y académicos/as feministas que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva.

### **El feminismo anglosajón frente a las técnicas de reproducción asistida**

Las técnicas de reproducción asistida<sup>1</sup> surgieron en la década de 1970, desde entonces han evolucionado rápidamente, de tal manera que los procedimientos biomédicos se han diversificado y algunos de ellos se vincularon con el campo de la genética. Su relevancia también atañe al ámbito de la vida política y social, ya que los tratamientos de reproducción asistida se han expandido a escala mundial, presentándose como una vía al alcance de la mano para resolver

<sup>1</sup> Se denomina reproducción asistida a cualquier método artificial que se usa para mejorar las probabilidades de lograr un embarazo. Las técnicas empleadas pueden ser de baja o alta complejidad. Estas últimas se usan con mayor frecuencia para tratar la infertilidad causada por daño o bloqueo de las trompas de Falopio, infertilidad masculina e infertilidad persistente en la cual no han dado resultado otros tratamientos. Una de las técnicas complejas más empleadas es la fecundación *in vitro* (FIV), procedimiento mediante el cual el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer en un laboratorio y el embrión resultante se transfiere al útero.

<sup>2</sup> Infertilidad es la incapacidad para lograr un embarazo después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección.

la infertilidad<sup>2</sup> de las parejas. Así, desde la década de 1980, en países como Estados Unidos, Inglaterra y Australia, estas innovaciones tecnológicas han generado una copiosa producción académica realizada desde enfoques socioantropológicos, feministas y/o de género. En esta sección presentamos los principales debates, dilemas, controversias y propuestas del feminismo anglosajón desarrollados en estos textos.

<sup>3</sup> *Segunda ola* es una expresión utilizada por el movimiento feminista internacional para señalar que las pioneras (*primera ola*) planteaban la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, en particular la posibilidad de votar y designar mujeres para puestos de elección. Las feministas de la *segunda ola* postulan la diferencia entre los sexos, la voluntad de las mujeres de ser diferentes, de no querer ser como los hombres. Con la expresión *tercera ola del feminismo* algunas autoras (Thompson, 2002) hacen referencia al feminismo postestructuralista.

Thompson (2002) distingue dos etapas fundamentales en el proceso de reflexión y crítica feminista sobre infertilidad y reproducción asistida. Sus características estarían muy relacionadas con lo que se ha dado en llamar segunda y tercera ola del feminismo.<sup>3</sup>

La primera etapa (que abarca desde 1984 a 1991 aproximadamente) se caracterizó por un claro rechazo a estas tecnologías, ya que los escritos que las abordaban proseguían los cuestionamientos que la segunda ola del feminismo había estado haciendo al sesgo masculino en la ciencia, en la tecnología y en el saber y la práctica del sistema médico hegemónico.

Se argumentaba que la reproducción asistida convertía el cuerpo de la mujer en territorio de experimentación y se denunciaba como un mecanismo más de sumisión de las mujeres a su *destino biológico*. La búsqueda de estos tratamientos por las mujeres se explicaba como resultado de la ideología patriarcal. Esta crítica formaba parte de una polémica más amplia que promovía la lucha por

los derechos reproductivos y denunciaba que en occidente existía un exceso de medicalización del parto, nacimiento y puerperio y que la medicina reproductiva estaba estableciendo “nuevas formas de control de las mujeres” (Van Balen e Inhorn, 2002; Giménez, 1991; Thompson, 2002). Esta línea de reflexión siguió desarrollándose, aunque con menor fuerza, en las siguientes décadas (Brakman y Scholz, 2006). El mensaje, en términos generales, era: “NO a las nuevas tecnologías”. Los temas que unían a los diversos grupos eran la defensa de la despenalización del aborto y la búsqueda de anticonceptivos seguros.

Es importante señalar, sin embargo, que dos corrientes del feminismo apoyaron desde un primer momento el uso de estos procedimientos. En primer lugar, las feministas socialistas, desde una visión marxista de la historia, planteaban que los avances tecnológicos no sólo eran positivos sino inevitables, de allí que no se debía combatirlos, antes bien, había que buscar un control democrático de los mismos, tratando que todos los sectores sociales tuviesen la posibilidad de acceder a ellos. En segundo lugar, coincidiendo con esta argumentación, las feministas radicales consideraban que este tipo de tecnologías podían subvertir la norma de heterosexualidad obligatoria posibilitando las relaciones parentales en parejas lesbianas (Thompson, 2002).

A finales de los años 1980 y principios de los 1990 el análisis de temas como la anticoncepción y las tecnologías prenatales fue acompañado por una preocupación respecto de lo que ocurría en el mundo no occidental. Una de las tantas situaciones que despertaron esta

inquietud fue que, en ciertas regiones, el conocimiento del sexo durante el embarazo conducía a desechar los fetos femeninos. Por tanto, hacia el final de esta primera etapa, comienzan a publicarse etnografías feministas de mujeres infértiles que no tenían el propósito de seguir criticando las nuevas tecnologías reproductivas, sino testimoniar sus experiencias subjetivas. Así, se desarrollaron estudios antropológicos sobre distintos países y se produjo una amplia investigación empírica con pacientes e informantes infértiles que llevó a muchas feministas a replantear sus explicaciones e interpretaciones acerca de esta condición de salud. Hasta ese momento, las preocupaciones habían girado sobre todo alrededor de problemas estructurales como los múltiples sistemas de estratificación y las disparidades en el acceso que reforzaban los nuevos procedimientos de procreación asistida. Es decir, por primera vez, al asumir una posición frente a la reproducción asistida, comenzaban a aparecer como asuntos importantes el sufrimiento y la discriminación social de las mujeres infértiles.

La segunda fase de la crítica feminista inició en la década de 1990 y continúa hasta hoy. En este periodo, la mayor parte de las académicas que escribían sobre estos temas eran las mismas del anterior, pero dando un vuelco desde el *no* absoluto hacia admitir que la infertilidad se les presentaba a las feministas como un problema complejo que necesitaba analizarse desde diversos puntos de vista. El nuevo escenario se dio en un contexto académico muy fructífero, influenciado por el posmodernismo, que conducía progresivamente a una ruptura radical con los discursos universales y

a que se transitara desde las grandes teorías explicativas de los años 1970 y 1980 hacia una serie de trabajos que revalorizaban el papel de los sujetos y, concretamente, de la experiencia subjetiva de las mujeres.

Políticamente, este escenario fue muy diverso en cuanto a las críticas al sistema, las organizaciones y las actoras/es participantes y las reivindicaciones que se generaron. En distintos países surgieron debates en los que intervinieron feministas, líderes religiosos, partidos políticos, profesionales de la salud, etcétera.<sup>4</sup>

La producción académica de estos años abandonó los esquemas de causa-efecto presentes en la primera fase y basó su crítica en la complejidad sociocultural de la infertilidad y el desarrollo de las tecnologías reproductivas, así como en sus efectos disruptivos.

Las nuevas investigaciones mostraban la forma en que los contextos económicos, políticos y sociales, y los esquemas culturales y morales, son afectados por este tipo de prácticas y cómo, a su vez, los contextos condicionan la introducción de estas tecnologías. Se proponía, en particular, una relación circular entre el género y la reproducción asistida en la que ambos se construyen mutuamente y reciben significados a través de las mismas acciones sociales. Algunos trabajos también hacían énfasis en las relaciones de poder que confluyen en el nivel global y local, en la

<sup>4</sup> Por ejemplo, en los Países Bajos se desarrolló una amplia discusión política para incluir a lesbianas y a mujeres posmenopáusicas como usuarias de la reproducción asistida. En algunos países, como los musulmanes, la religión prohíbe ciertas técnicas, como la donación de gametos y la renta de úteros, pero en Irán y Líbano algunos líderes religiosos han apoyado su introducción y desarrollo. En Israel, la fecundación *in vitro* es casi totalmente subsidiada por el Estado, y se están desarrollando técnicas simples y complejas; también se permite, incluso por la religión, la atención a mujeres solteras y lesbianas, pues es una sociedad pronatalista (Kahn, 2002). La religión católica, por el contrario, está en contra de la reproducción asistida, aunque en muchos países católicos de América Latina y otros continentes se practica la fecundación *in vitro*, pero se discute y regula la disposición de los embriones, ya que se considera que la vida comienza desde la concepción (Inhorn y Birenbaum-Cameli, 2008).

diversidad de intereses involucrados en la atención a la infertilidad, las legislaciones y la toma de decisiones de mujeres y hombres que buscan estos tratamientos (Rudinow *et al.*, 2000; Sandelowski y Lacey, 2002).

A partir de este reconocimiento se elaboró una de las críticas más importantes de los estudios feministas: la denuncia de las múltiples inequidades basadas en el género, la raza, la clase y la nacionalidad, que son reproducidas por los procedimientos de reproducción asistida. También se develaban las ideas eugenésicas implícitas en estas prácticas que llevan a invisibilizar la infertilidad de los sectores más pobres de la población (Thompson, 2002; Inhorn y Birenbaum-Carmeli, 2008). En la mayoría de los países, la reproducción asistida se practica primordialmente en el ámbito de la medicina privada, de allí que sus altos costos han marcado un

acceso diferenciado a la atención de la infertilidad, especialmente, cuando se deben utilizar técnicas de alta complejidad basadas en gametos<sup>5</sup> de donador/a y cuando se desarrolla un mercado de gametos humanos (Becker, 2001; Shanley, 2002).

De este modo, se ha argumentado que la reproducción asistida está restringida principalmente a parejas heterosexuales, blancas y de clase media en países ricos y a las clases altas en los países pobres (Becker, 2001; Inhorn y Birenbaum-Carmeli, 2008). Mary L. Shanley (2002) señala que en la década de 1990, las parejas estadounidenses que solicitaban inseminación artificial con gametos de donador, la mayoría de raza blanca, bus-

<sup>5</sup> Células germinales maduras. Las responsables del proceso de la fecundación en humanos son dos: el gameto maduro de tipo femenino (ovocito u óvulo) y el gameto maduro de tipo masculino (espermatozoide). Los gametos provenientes de sexos opuestos se fusionan para formar el cigoto.

caban espermatozoides de proveedores con las mismas características raciales que las suyas. En contraste, para la adopción, existía un mayor número de niños y niñas de color que blancos, y muchas comunidades negras hacían poco énfasis en el lazo genético para formar familias. También se ha señalado la presencia de mujeres pobres como madres subrogadas; por ejemplo, algunas parejas de Europa occidental buscan mujeres blancas de la ex Unión Soviética. Otros trabajos han subrayado también que las consecuencias de la infertilidad en países no occidentales recaen principalmente en las mujeres, ya que las normas y costumbres culturales las culpan de la incapacidad para reproducirse y las colocan en condiciones de vulnerabilidad hacia la violencia, el divorcio y el ostracismo social (Inhorn y Birenbaum-Carmeli, 2008).

La literatura feminista anglosajona ha explorado también los sesgos de género de estas tecnologías en la relación conyugal. Se ha subrayado que en las prácticas y discursos de la reproducción asistida el cuerpo de la mujer está colocado en un lugar protagónico, mientras que el del hombre se ubica en un lugar secundario. Aunque tal situación favorece a las mujeres en la búsqueda de alternativas y decisiones sobre los tratamientos, esta posición protagónica puede reforzar los mandatos culturales de la maternidad/paternidad heterosexual y las ideas sobre la centralidad de la responsabilidad femenina en la reproducción (Lorber y Lakshmi, 1993; Greil, Leitko, Porter, 1988). Así mismo, se ha observado que la infertilidad del hombre, aun cuando la mujer no sea infértil, no le confiere a ésta mayor poder de negociación en la pareja. Por el

contrario, la mujer necesita realizar una cantidad extraordinaria de trabajo emocional para reparar el daño a la masculinidad del varón, pues asume la infertilidad masculina como infertilidad de la pareja. Además, a pesar de que existen tratamientos tanto para hombres como para mujeres, los dirigidos a éstas últimas son más invasivos y conllevan importantes consecuencias para su salud. Tal es el caso de la hiperestimulación ovárica, técnica que induce la ovulación por medios farmacológicos, concretamente, a través del empleo de altas dosis de hormonas. Este tratamiento se utiliza, aunque la mujer sea fértil, cuando se busca fecundarla con el espermatozoide de su esposo (Lorber y Lakshmi, 1993).

Otros estudios han mostrado que en la experiencia masculina, situada en una posición marginal, se oculta el padecimiento de los hombres a pesar de que ellos también sufren tratamientos hormonales, cirugías genitales y experimentan ansiedad, incluso impotencia, con los protocolos para la obtención de semen. En algunas sociedades, la infertilidad masculina se esconde por su asociación con la impotencia y la castración, a causa del estigma que esto conlleva. Por eso, la donación de espermatozoide por un tercer participante en la concepción refuerza la idea de la familia como un espacio reservado y propicia que la donación se mantenga anónima y sea un secreto que no se comparte con los familiares, los amigos y, en ocasiones, ni con la misma criatura concebida por este método. Ésta es una de las situaciones que llevan a buscar al donador con base en el fenotipo de la pareja (Shanley, 2002).

Paralelamente, a partir de las discusiones legislativas que en algunos países dieron lugar a amplios debates públicos, otras feministas comenzaron a estudiar cómo la reproducción asistida genera nuevas formas de filiación, parentesco y familia que no están basadas en criterios biogenéticos. Strathern (1992) argumenta que en las sociedades occidentales las tecnologías reproductivas contribuyen a desnaturalizar y, por consiguiente, borrar las fronteras entre naturaleza y cultura, creando una nueva convención: la distinción entre paternidad social y biológica (Strathern, 1992; Becker, 2001; Inhorn y Birenbaum-Carmeli, 2008).

De esta manera, el parentesco se está convirtiendo en un proceso en construcción, ya que estas prácticas deconstruyen y crean incertidumbre y ambigüedad respecto a la filiación, incluso respecto a categorías fundamentales como paternidad y maternidad. John N. Edwards (1991) señala que estas técnicas están ampliando el rango de personas entre las que se pueden distribuir los roles de padre y madre; en este sentido, la reproducción asistida introduce formas de parentesco cuasi, semi o pseudobiológicas, lo que afecta directamente a la idea naturalista de familia. El ejemplo más claro es la maternidad subrogada, que cuestiona la ideología del vínculo madre-hijo y deconstruye gradualmente la maternidad en genética, gestacional, adoptiva y subrogada, generando la posibilidad de que existan varias madres biológicas para una misma criatura. Por otro lado, la donación de óvulos y embriones puede producir alianzas y/o jerarquías entre mujeres. Esta última situación se presenta particularmente cuando la donadora y la *madre deseante* provienen de

grupos socioeconómicos y étnicos distintos (Ragoné, 1994). Las técnicas de reproducción asistida hacen posible el embarazo en parejas de un mismo sexo y el de mujeres y hombres sin pareja. Shanley (2002) señala que la transferencia de gametos ha sido usada tanto para crear familias tradicionales heterosexuales como familias lesbianas menos convencionales, y que con la maternidad subrogada, también se abrió la puerta a la paternidad de los hombres *gays*.

Paralelamente, algunas feministas han recuperado los viejos argumentos en contra de la reproducción asistida, ya que, al representar para las parejas infértiles una alternativa posible para lograr un hijo de la propia sangre, ha provocado, por un lado, la marginalización de la adopción como opción para la formación de una familia y, por otro, una búsqueda persistente, y a veces compulsiva, por lograr un embarazo (Ragoné, 1994; Shanley, 2002; Brakman y Scholz, 2006).

Aunque no existe una posición única al respecto, feministas de diferentes países están luchando por abolir el anonimato de los donantes de gametos. Shanley (2002) argumenta en contra del individualismo que impregna la teoría jurídica occidental, y aboga por una idea de familia más incluyente, es decir, por la constitución de un grupo que incorpore al donador o donadores y a los distintos actores sociales involucrados en este tipo de situaciones. Desde algunas corrientes del feminismo se considera que, con la abolición del anonimato, los gametos dejarán de ser mercancías y la formación de la familia será sustraída del mercado; otras sostienen que éste es un problema difícil de resolver, ya que el resultado final puede ser

una disminución considerable del número de donadores en circunscripciones en las que se está incrementando su demanda. Esto ya está sucediendo en países que regulan estrictamente el mercado de gametos.<sup>6</sup>

Igual que otros grupos sociales, un sector del feminismo está en contra de los contratos comerciales de maternidad subrogada, los califican como una forma de tráfico de bebés y explotación de mujeres, por lo general de escasos recursos y minorías étnicas. Desde otras miradas, se señala que la censura moral surge porque estos contratos contravienen las normas de género que entienden a la maternidad como una práctica normal, natural y apropiada para la mujer, por consiguiente, aceptar un embarazo por dinero estaría transgrediendo la normatividad del embarazo por amor. En las legislaciones inglesa y australiana, este tipo de contratos se consideran nulos y sin poder de coerción, pues se definen como arreglos privados. En Estados Unidos, aunque existen agencias que gestionan acuerdos comerciales de maternidad subrogada, el estatus legal de esta práctica es poco claro dado que sólo en algunos estados existen legislaciones específicas para facilitar o inhibir estos arreglos (Roach, 1992).

Las técnicas de reproducción asistida han traído de nuevo a la discusión diversos dilemas respecto de la madre y el feto. En cuanto a la ética del embrión, surgen interrogantes como ¿cuándo comienza la vida?, ¿se deben destinar embriones a la investigación?, ¿se está a favor o en contra de la investigación genética?

<sup>6</sup> En varios países se ha tratado de regular el mercado de gametos. En Inglaterra se fijó un precio bajo y el resultado ha sido la escasez de proveedores y un período de espera de cinco años para tener acceso a los óvulos. En Canadá e Inglaterra se fomenta la política de “compartir embriones” sobrantes; en Francia se da una compensación económica por los “inconvenientes” causados a las/os donadoras/es. También se ha desarrollado un “turismo reproductivo” hacia países con menos restricciones legales (Shanley, 2002).

El feminismo también se ha cuestionado sobre los conflictos de intereses que se suscitan entre las personas que intervienen en la reproducción asistida. ¿Deben defenderse las decisiones de la madre subrogada, las de la madre genética o las de la madre social? Por mucho tiempo este movimiento ha luchado en contra de la intervención del Estado en las decisiones reproductivas, especialmente cuando se privilegian intereses públicos más generales. ¿Se debe defender el libre ejercicio de las técnicas de reproducción asistida, sin la regulación del Estado? (Roach, 1992).

En síntesis, a lo largo de casi tres décadas, el feminismo anglosajón se ha visto constantemente en la disyuntiva de apoyar o no a las mujeres infértiles en su búsqueda de tratamientos complejos y riesgosos para lograr embarazarse. Desde la década de los noventa, se analizaron con detenimiento la infertilidad y la reproducción asistida, generando una producción política y académica fructífera que ha conducido a la discusión de las múltiples aristas de esta problemática. Por un lado, se ha analizado el impacto desestabilizador de los nuevos procedimientos en las formas tradicionales de concebir el parentesco, la familia, la paternidad y la maternidad; por otro, se ha explorado la forma en que los tratamientos de reproducción asistida reproducen las inequidades sociales y refuerzan la conexión esencialista entre maternidad e identidad femenina al reproducir el escenario de la familia nuclear y dirigirse

principalmente a parejas blancas, heterosexuales, de clases medias y altas (Lowry, 2004).

A partir de esta revisión nos preguntamos: ¿cuáles han sido las líneas de análisis, los debates, las controversias y propuestas del feminismo mexicano sobre estos temas?

### **Salud sexual y reproductiva: nuevas tecnologías para la procreación y agenda del feminismo mexicano**

El feminismo mexicano, como la mayor parte de los movimientos sociales, no es monolítico, ya que, desde sus inicios, ha reunido una gran diversidad de corrientes y posiciones. En la década de 1970 se conformó lo que se conoce como la segunda ola del feminismo mexicano: mujeres de los sectores medios, particularmente universitarias, profesionistas y empleadas, se comenzaron a organizar para denunciar la discriminación que vivían en distintos ámbitos de la sociedad. Esto se lograba a través de dos modalidades principales de trabajo: el grupo de autoconciencia y las tareas de acción política “hacia fuera”.<sup>7</sup> Esta etapa del movimiento feminista inició y se fortaleció en un momento en el cual se estaba recomponiendo el espectro político tradicional y se constituían nuevas organizaciones sociales y partidos (Lau, 1987; Tuñón, 1997; González, 2001).

<sup>7</sup> En un trabajo publicado recientemente, Gisela Espinosa (2009) presenta elementos que cuestionan la universalidad de estas modalidades y la caracterización del feminismo mexicano que han venido haciendo las principales autoras que han contribuido a elaborar una historia de este movimiento. Por las limitaciones de espacio de este trabajo y porque no es su propósito central, no abordaremos aquí nuestras coincidencias y diferencias con lo planteado por esta autora.

A mediados de la década a la que estamos haciendo referencia, el gobierno mexicano sentó las bases jurídicas que consolidarían una nueva política demográfica que priorizaba la reducción de la fecundidad. En los primeros años de operación del programa de planificación familiar se promovió de forma importante la utilización de anticonceptivos hormonales (orales e inyectables). Sin embargo, rápidamente, la necesidad de alcanzar las metas cuantitativas de decrecimiento poblacional hizo que se diese prioridad a la oclusión tubaria bilateral (OTB) y al dispositivo intrauterino (DIU), recursos que delegan en el personal de salud el control de la fecundidad de las mujeres.

Incluso, se denunció enfáticamente que personal de la entonces denominada Secretaría de Salubridad y Asistencia y de otras dependencias de salud realizaba esterilizaciones y colocaba DIU sin contar con el consentimiento de las mujeres y no les advertía sobre los riesgos secundarios que podían ocasionar los contraceptivos hormonales. Así mismo, se ponía el énfasis en la necesidad de despenalizar el aborto y en que la legislación, los programas y las políticas de control natal y salud se fundaban en discursos y concepciones esencialistas que subordinaban la sexualidad femenina a la maternidad y buscaban resguardar los valores de la familia, la procreación y la pareja establecida con base en las relaciones de género tradicionales. Se destacaba que los programas se diseñaban teniendo como punto de partida la relación maternidad-familia-anticoncepción y se orientaban principalmente a la reducción del número de hijos, minimizando la importancia del uso de anticon-

ceptivos para el ejercicio de una vida sexual independiente de la procreación.

Desde aquella etapa inicial, los grupos feministas se han multiplicado, se han dividido y se han aglutinado en frentes y coaliciones, moviéndose constantemente entre el peligro de la disolución y la institucionalización en organizaciones de distinto tipo.

En la década de 1980, un sector del movimiento feminista mexicano comenzó a configurar numerosas organizaciones civiles o no gubernamentales (ONG)<sup>8</sup> que demandaban cambios en diversas esferas de la vida de las mujeres, entre las que destacaba de manera importante su salud sexual y reproductiva. En esta etapa, un punto controversial en el interior del propio movimiento fue la crítica al trabajo de ciertas ONG que algunas vertientes del feminismo consideraban como *asistencialista*. El argumento central que se esgrimía era que estaban asumiendo responsabilidades sociales que correspondía resolver desde la esfera gubernamental. A finales de los años 1990, con el inicio de la primera gestión del Partido de la Revolución Democrática (PRD) en el Distrito Federal, la colaboración de algunas organizaciones feministas en diversas tareas definidas desde los programas de gobierno de la capital llevó a que esta situación se resolviese “por la vía de los hechos” y a que prácticamente se extinguiera el cuestionamiento público al denominado *asistencialismo* de las ONG.

<sup>8</sup> Numerosos autores han destacado la amplitud y vaguedad que encierra el concepto de “organización no gubernamental” (ONG), señalando las dificultades existentes para establecer tipologías o definiciones universales al respecto (Aguayo, 1993; Stein, 1994). En este texto nos tomaremos la libertad de utilizar indistintamente las expresiones ONG y organizaciones civiles para referirnos a los grupos feministas que surgieron alrededor de los años 1980 cuyo objeto de trabajo central era la salud de las mujeres.

A grandes rasgos podemos señalar que la década de 1990 se caracterizó por la búsqueda de mayor visibilidad de las organizaciones tanto en la política internacional como en la nacional. Las

<sup>9</sup>Entre ellas cabe mencionar la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y la adopción de las resoluciones del Consejo Económico y Social (Ecosoc) de las Naciones Unidas (1996 y 1997) y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, firmada en Belém do Pará en 1994.

actividades previas y posteriores a las conferencias internacionales<sup>9</sup> fueron un elemento decisivo, pues contribuyeron a que se consolidaran los grupos nacionales, a estrechar vínculos con redes integradas por miembros de numerosos países y a iniciar la interlocución con un sector de los/as funcionarios/as responsables de la elaboración de las políticas demográficas y de salud. En este sentido, los trabajos de preparación y seguimiento de diversas conferencias tuvieron

una particular relevancia para las organizaciones que trabajaban en torno a salud, porque pusieron a prueba su capacidad no sólo para abrirse a nuevos espacios e interlocutores, sino para defender sus propias agendas.

La recuperación desde afuera del movimiento, es decir, desde los acuerdos signados en dichas conferencias, de las demandas del feminismo sobre derechos sexuales y reproductivos y su seguimiento y evaluación a través de las redes, se constituirá, por consiguiente, en uno de los ejes que definirán el rumbo de este movimiento en México. En ese momento, un amplio sector de las organizaciones se propuso incidir en la elaboración de las políticas sobre salud reproductiva y participar activamente en foros internacionales y espacios gubernamentales para exigir el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el gobierno en esa materia. Estas tareas

condujeron a la revisión de algunos principios rígidos con base en los que habían venido operando determinadas organizaciones feministas y, lo que es más importante, a la participación sistemática de éstas en la arena política nacional.

A finales del siglo XX, después del triunfo del Partido Acción Nacional (PAN) en las elecciones presidenciales, los nuevos escenarios políticos que se fueron perfilando confirmaron la necesidad de fortalecer nuevos estilos de hacer política, esto es, la búsqueda de alianzas que dejaran de lado antiguos dogmatismos. Es así como se comenzaron a fortalecer los vínculos que se habían venido estableciendo entre un sector de las ONG y algunas instancias gubernamentales. La participación en la elaboración de diversos programas e iniciativas fue estrechando vínculos entre estas organizaciones civiles y funcionarios/as que defendían los derechos sexuales y reproductivos y buscaban incorporar a las políticas gubernamentales, propuestas avanzadas que no coincidían con la ideología hegemónica del partido que detentaba el Poder Ejecutivo.<sup>10</sup>

<sup>10</sup>Es el caso de la participación de organizaciones civiles feministas en el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva que había sido creado en febrero de 1995 durante la presidencia de Ernesto Zedillo.

Los años transcurridos desde el inicio del nuevo siglo se han caracterizado por un “tire y afloje” entre actores sociales que buscan retroceder lo avanzado en salud reproductiva y aquellos que tratan de evitarlo, como es el caso de las organizaciones feministas. Aunque se han tenido logros innegables, como la incorporación de la anticoncepción de emergencia a la Norma Técnica Oficial de Planificación Familiar, la desagregación de la mayor parte de las estadísticas por sexo, la incorporación de acciones para trabajar

con los hombres sobre anticoncepción y prevención de la violencia en diversos programas, y otros, este “forcejeo” culmina en algunas ocasiones con el éxito de las posiciones más conservadoras.

Tal es el caso de la respuesta a los cambios legislativos para despenalizar el aborto efectuados en el Distrito Federal en 2007, a

<sup>11</sup> En 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal despenalizó el aborto practicado en las 12 primeras semanas de gestación. Los estados que desde octubre de 2008 cambiaron su legislación son Baja California, Campeche, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán. Chihuahua lo había hecho en octubre de 1994.

los que siguió la aprobación vertiginosa de reformas a las constituciones de 16 estados para proteger la vida desde la concepción a la fecundación.<sup>11</sup>

En buena medida este tipo de situaciones obedece a que, cuando hablamos de feminismo mexicano, estamos hablando de lo que ocurre con distintas ONG del Distrito Federal y con personas que, en innumerables casos, simultáneamente forman parte de varias redes y coaliciones o, como destacan algunas autoras, pasan de una organización a otra en una especie de puerta giratoria (Keck y Sikkink, 2000).

No nos proponemos minimizar el hecho de que los colectivos han logrado extenderse a los estados del país y que muchas mujeres que no viven en el Distrito Federal realizan una labor titánica en medios adversos. Lo que nos interesa subrayar es que, en numerosas ocasiones la visibilidad de estas personas es baja y que cuando se trata de contrarrestar los avances de la Iglesia católica y de grupos conservadores en el interior del país, la atención de los medios de comunicación sólo se enfoca hacia determinados problemas cuando las activistas, ubicadas en las megaciudades, en particular en el Distrito Federal, los denuncian activamente. Esta dificultad, sin

duda, no es exclusiva de las ONG feministas de salud, sino que es analizada críticamente por algunas integrantes de estas organizaciones y presentada como una de las razones que explican una forma de actuar que debe ser revisada, ya que no se estaría evaluando de manera adecuada la capacidad de respuesta de ciertos actores sociales y por lo que se reacciona después de que las propuestas conservadoras logran avanzar. Una de las entrevistadas opina al respecto:

A mí me parece que se va bastante lento. Ahorita se está construyendo una articulación nacional... pero se está construyendo después de que en 15 estados se ha penalizado [el aborto]. Pero [la articulación] ha sido poco oportuna, poco estratégica... Veamos qué pasará después de que se forme esta nueva coalición, cuáles son los resultados que se pueden alcanzar. Pero creo que se está otra vez en una posición reactiva más que propositiva. Eso nos pone en una posición muy peligrosa...

Como ha sido reiterado en distintos escritos, foros y entrevistas por una de las más activas protagonistas de la segunda ola del feminismo mexicano (Lamas, 2001), la bandera central de este movimiento, en cuanto a salud sexual y reproductiva, ha sido la *maternidad voluntaria*, expresión que implica, en concreto, cuatro demandas: 1) consentimiento informado en la adopción del DIU y la OTB, 2) acceso amplio de las mujeres a anticonceptivos seguros y baratos,

3) reformas a la legislación sobre el aborto para que sea libre y gratuito, y 4) educación sexual que no esté asociada exclusivamente al control de la fecundidad y que llegue a niños/as, jóvenes y mujeres de zonas rurales e indígenas.

La información producto del análisis documental, así como de nuestras entrevistas, sugiere que los cuatro temas señalados son los que se privilegiaron en la etapa inicial del movimiento, dando cierto grado de unidad al trabajo que llevaban adelante los grupos. Posteriormente, las organizaciones se habrían ido especializando en uno o más de estos aspectos, perdiendo en ciertos casos la visión global de lo que incluían la maternidad voluntaria y/o los derechos sexuales y reproductivos. Entonces, se habría llegado a lo que una de las feministas entrevistadas denominaba “una mirada muy segmentada” sobre la salud reproductiva:

Creo que uno de los problemas principales del movimiento feminista en México es que hemos tenido una mirada muy segmentada, muy focalizada en unos temas y no en otros... Yo tengo la impresión de que acá... en México... los temas se manejan de manera muy esquemática... muy fragmentada. Mira... yo creo que el trabajo que se hace en ese campo [salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos] se ha dividido dentro de los distintos grupos que se hacen cargo de esto... Por ejemplo, si hablamos del embarazo adolescente... eso lo trabaja tal organización ¿no?... Yo le decía a una compa-

ñera: “Y a nosotras las viejas... ¿ese tema no nos toca o no nos importa? ¿Qué pasa con eso?”.

En los últimos tres lustros, asuntos como embarazo adolescente, mortalidad materna, cáncer mamario y cérvico-uterino han sido abordados, con diversos grados de énfasis, por distintos grupos feministas. Sin embargo, es válido preguntarnos si la excesiva especialización en ciertos asuntos y la modalidad defensiva o reactiva bajo la cual operan las organizaciones podrían estar generando también que en su agenda no estén incluyendo determinados problemas de salud que aparecen como “focos rojos” en el panorama epidemiológico del país. En un trabajo anterior (Cardaci, 2005) señalábamos que diabetes, enfermedades cardiovasculares y otros problemas de salud que se encontraban entre las primeras causas de muerte de mujeres no eran abordados por el feminismo o los trataban muy excepcionalmente. Menéndez (2009) pone de manifiesto otras omisiones, entre las que destaca el exceso de cesáreas e hysterectomías que realizan las y los médicos en los servicios de salud públicos y privados.

Como señalamos al inicio de este trabajo, la insistencia de las mujeres en tener un hijo biológico y la consiguiente utilización de técnicas de reproducción asistida complejas pusieron al feminismo de Estados Unidos y de otros países en una encrucijada que se tardó en superar.

En efecto, el feminismo de la segunda ola desmontó críticamente los sutiles mecanismos que llevaban a definir la maternidad como

producto de un instinto propio de las mujeres y como el rasgo central de la femineidad. Por consiguiente, fue cuestionada como una imposición cultural que las mujeres vivían desde tiempos ancestrales. A esta posición crítica se sumó el feminismo mexicano, movimiento que, como dijimos ya, defendió a la *maternidad voluntaria* como línea política central.

Los hallazgos de campo y el trabajo de archivo realizado nos permitieron reconocer que, en el presente, esta visión de la maternidad como imposición persiste. Lo que se convierte en un problema sólo cuando pareciera estar obturando la posibilidad de plantear nuevas preguntas, de repensar los asuntos fundacionales del movimiento y de abrirse a sectores de mujeres con una preocupación por reproducirse a como dé lugar.

Nuestra información indica que cuando las integrantes de organizaciones feministas piensan en los procedimientos de reproducción asistida, los piensan desde diversos lugares pero coinciden en distanciarse de este tema de distintas maneras.

En primer lugar, llama la atención el desconocimiento de los aspectos técnicos vinculados con este asunto, sobre todo porque no lo asocian con otros temas complejos de orden ético y biomédico que el feminismo maneja con rigor para abogar en favor de la despenalización del aborto. Tal es el caso de la definición de cuándo debe establecerse el comienzo de la vida. Con demasiada frecuencia, al pedir sus puntos de vista sobre la fertilización asistida, mujeres que trabajan en salud reproductiva nos daban respuestas del tipo:

Pues no estoy familiarizada con ese tema... Tengo una noción de que cuando llegan los gobiernos panistas se han opuesto a cierto tipo de investigación científica, pero no sé... No lo he analizado, no me he metido... No he pensado el problema, ni siquiera sabía que [el feminismo] en otros lugares lo está abordando ampliamente...

Otro tipo de argumentación atribuía la ausencia de estos temas de la agenda del feminismo a la desmovilización, a la división en numerosos grupos, a la falta de discusión de una agenda acordada en el interior del movimiento, “a que es un debate que no se ha dado porque la atención está en otra parte, o a que la agenda se está decidiendo desde afuera del movimiento”. En este afuera se encuentran agencias gubernamentales e internacionales, así como fundaciones, que otorgan apoyo financiero a los grupos y que, dados sus propios objetivos, favorecen que el trabajo redunde sobre un limitado número de aspectos de la salud reproductiva y se dejen de lado problemas como la infertilidad y la procreación asistida. Así, una académica que colabora con organizaciones sociales que trabajan con mujeres considera que

[...]a veces se funciona al ritmo de las políticas públicas y de los financiamientos[...] Por ejemplo, lo de la mortalidad materna[...] ¡Cómo se le ha dado financiamiento! Pero cuando no hay [...] Yo siento que éste [la infertilidad] podría ser un tema esquivo porque no tiene visibilidad económica. Porque

la gente de las ONG no puede vivir de eso [...] Si se propusiera, se tendría que basar en el financiamiento de otra cosa. Algo así como tener un “guardadito” para poder abrir otro tema.

Así mismo, hallamos que en los colectivos feministas existe una cierta resistencia a alejarse de los ejes de trabajo ya consagrados. En otras palabras, se regresa una y otra vez a las explicaciones conocidas y seguras expresando: “Me parece que más importante [que tratar la reproducción asistida] sería romper con el mito de que las mujeres tenemos que ser madres”.

Esta resistencia o temor a incursionar en este tema nuevo y relevante para un gran número de mujeres que recurren a la fecundación *in vitro* y otras técnicas complejas se presenta también entre integrantes del movimiento lésbico-*gay*-trans y bisexual (LGTB). El uso de este tipo de procedimientos posibilita a las mujeres lesbianas la fecundación con la intervención de un médico o médica sin necesidad de relaciones sexuales. Sin embargo, en México, las instituciones de seguridad social y las que asisten a población abierta sólo otorgan estos tratamientos a parejas heterosexuales y practican exclusivamente la inseminación homóloga, es decir, la que se realiza con el semen del cónyuge.

Aunque en el año 2007 el movimiento LGTB presentó ante la Cámara de Diputados una extensa iniciativa que planteaba diversas demandas, incluido el acceso a la reproducción asistida, la LX legislatura no llegó a discutir el documento, y el punto referido a la maternidad de mujeres lesbianas no se volvió a retomar en pro-

puestas posteriores, ya que entre los distintos grupos no existía un acuerdo sobre este tema. Integrantes de este movimiento señalan que uno de los determinantes de esta situación es “que quienes llevan nuestra voz son generalmente los compañeros homosexuales, que ponen por delante sus demandas, especialmente todo lo que tiene que ver con VIH-Sida. (entrevista realizada el 4 de julio de 2009)

No obstante, los resultados de nuestro trabajo de campo<sup>12</sup> indican que entre las mujeres lesbianas existen dos posiciones respecto del deseo de ser madres a través de la reproducción asistida. La primera es sostenida por quienes luchan por el reconocimiento de la pareja, por el matrimonio entre personas del mismo sexo, por el derecho a la adopción y a la inseminación artificial. En una segunda posición se ubican en particular las fundadoras del movimiento que coinciden con las visiones más radicales del feminismo, pues consideran a la maternidad como una imposición de nuestra cultura, como una adaptación al modelo heterosexual dominante. En palabras de una activista: “A esa corriente pertenecemos las de la vieja escuela, quienes estamos por la libertad, por el poliamor, por la libertad sexual. ¿Para qué queremos tener hijos? ¿Para qué queremos casarnos? ¿Para qué convertimos en ‘gente decente’?” (entrevista realizada el 17 de julio de 2009).

<sup>12</sup> Nuestro trabajo de campo concluyó en diciembre de 2009. En 2010 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, a propuesta del partido de la Revolución Democrática (PRD), aprobó una iniciativa de Ley de Maternidad Subrogada para la ciudad de México que restringe la fertilización asistida a las parejas heterosexuales unidas por matrimonio civil o concubinato. Llama la atención que esta ley no formó parte de un proyecto general de reproducción asistida y que no fue ampliamente discutida por las diversas corrientes del feminismo ni por el movimiento LGTB durante su análisis en la Asamblea del Distrito Federal ni después de su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*.

## Reflexiones finales

La infertilidad y el uso de tecnologías para la reproducción asistida complejas 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 socioantropológico que incluya una mirada desde el género.

Más allá de los factores fisiopatológicos que pueden originar la imposibilidad de tener un hijo biológico, el mayor o menor sufrimiento que produce la infertilidad en la mujer o en la pareja proviene de los significados atribuidos a esta situación. Sin embargo, la relación médico/a-paciente se centra sobre todo en la dimensión biológica: en el ascenso de los niveles de estradiol, en el número de óvulos extraídos, en cuántos de ellos han sido fecundados, en su evolución...

Como se ha reseñado en la primera parte de este trabajo, en las últimas tres décadas, académicos/as de países anglosajones han estado analizando estos temas desde perspectivas socioculturales, feministas y/o de género.

Esta amplia serie de publicaciones ha logrado dirigir la atención y el análisis hacia una serie de temas relevantes, de los cuales volveremos a señalar sólo algunos: a) los altos costos de los procedimientos de reproducción asistida, situación que genera un acceso

inequitativo a los mismos; b) los dilemas de orden ético, legal y socioeconómico que derivan de las nuevas formas de filiación, familia y parentesco no basadas en criterios biogenéticos surgidas de la aplicación de estas tecnologías; c) las consecuencias psicosociales de los embarazos en mujeres posmenopáusicas que recurren a la fecundación *in vitro* y al uso de óvulos de donantes; d) el surgimiento de un “turismo reproductivo” (Spar, 2005), que consiste en el desplazamiento de individuos infértiles a países donde la legislación sobre reproducción asistida no existe o es muy permisiva respecto de la obtención de material genético y de potenciales madres gestantes; y e) la existencia de una industria que gira en torno a las tecnologías complejas, en la que intervienen científicos, personal médico, laboratorios farmacéuticos, bancos de espermatozoides y agencias que se ocupan de gestionar y comercializar los óvulos y/o el consentimiento de las mujeres que acceden a ser madres subrogadas.

Distintas corrientes del feminismo de Estados Unidos y otros países han incluido éstos y otros temas en sus agendas, con lo que han logrado influir en las y los tomadores de decisiones y en la legislación que regula la procreación asistida. En México, sin embargo, no encontramos una situación similar. Tanto los hallazgos del trabajo de campo como la revisión documental que realizamos sugieren que un importante segmento de mujeres feministas que se desempeñan en la academia y en ONG se distancian de estos temas no los hacen suyos ni consideran que deban incorporarse a las iniciativas programáticas ni a los debates internos de sus organizaciones.

En la coyuntura particular que estamos viviendo, la Iglesia católica y grupos sociales conservadores han logrado avanzar en el país dando forma de ley al dogma religioso que considera que la vida comienza en el momento de la concepción. La irreflexión con que se legisló tiene importantes consecuencias, dado que se cierra el paso a la despenalización del aborto y se castiga a quien termina voluntariamente un embarazo. Sin embargo, las implicaciones de esta situación van mucho más allá y, como señala el jurista Diego Valadés:

...al considerar como persona nacida al óvulo recién fecundado, la muerte de cualquier cigoto es un homicidio, sea que resulte de un aborto o de la disposición de material fecundado en un laboratorio. Los médicos y técnicos que intervengan en maniobras de inseminación artificial también serán homicidas por lo que respecta a los óvulos fecundados no desarrollados. Por esa pendiente al absurdo, los productores y los distribuidores de espermaticidas podrían ser considerados cómplices de un delito muy grave (Valadés, 2009).

Es indudable que, en este contexto, el movimiento feminista está llamado a jugar un papel clave en la defensa del Estado laico y en el rechazo al absurdo jurídico que se desprende de la conversión automática de una prédica religiosa en regla de derecho.

Nos encontramos, por tanto, en un momento óptimo para “atar los cabos sueltos”, incorporar nuevos asuntos a la agenda del femi-

nismo y repensar la maternidad voluntaria y los derechos sexuales y reproductivos desde una visión más incluyente.

## Bibliografía

- AGUAYO, Sergio. “Del anonimato al protagonismo: los organismos no gubernamentales y el éxodo centroamericano”, *Foro Internacional*, vol. XXXII, núm. 3, enero-marzo de 1993, pp. 323-341.
- BRAKMAN, Sarah V. y Sally J. SCHOLZ. “Adoption, ART and a Re-Conception of the Maternal Body: Toward Embodied Maternity”, *Hypatia*, vol. 21, núm. 1. Indiana, Indiana University Press, 2006, pp. 54-73.
- BECKER, Gay. *The Elusive Embryo: How Women and Men Approaches New Reproductive Technologies*. Berkeley, University of California Press, 2001.
- CARDACI, Dora. *Salud y género en programas de estudios de la mujer*. México, OPS-OMS/UAM/PUEG-UNAM, 2005.
- CARDACI, Dora y María de los Ángeles SÁNCHEZ BRINGAS. “Hasta que lo alcancemos... Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas”, *Alteridades*, año 19, núm. 38, julio-diciembre. México, UAM-Iztapalapa, 2009, pp. 21-40.
- EDWARDS, John N. “New Conceptions: Biosocial Innovations and the Family”, *Journal of Marriage and the Family*, vol. 53, núm. 2. Minneapolis, The National Council on Family Relations, 1991, pp. 349-360.
- ESPINOSA DAMIÁN, Gisela. *Cuatro vertientes del feminismo en México: diversidad de rutas y cruce de caminos*. México, UAM-Xochimilco, 2009.
- GIMÉNEZ, Martha E. “The Mode of Reproduction in Transition: A Marxist-Feminist Analysis of the Effects of Reproductive Technologies”,

- Gender and Society*, vol. 5, núm. 3. Rhode Island, SAGE, 1991, pp. 334-350.
- GONZÁLEZ, Cristina. *Autonomía y alianzas*. México, PUEG-UNAM, 2001.
- GREIL, Arthur L., LEITKO, Thomas A. y PORTER, Karen L. "Infertility: His and Hers", *Gender and Society* 2: 172-199. Rhode Island, SAGE, junio de 1988.
- INHORN, Marcia C. y Daphna BIRENBAUM-CARMELI. "Assisted Reproductive Technologies and Culture Change", *Annual Review of Anthropology*, vol. 37. Massachusetts, 2008, pp. 177-196.
- KECK, Margaret y Kathryn SIKKINK. *Activistas sin fronteras*. México, Siglo XXI, 2000.
- KHAN, Susan M. "Rabbis and Reproduction. The use of new reproductive technology among Ultraorthodox Jews in Israel", en Frank VAN BALEN y Marcia INHORN (eds.), *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technology*. Berkeley, Universidad de California, 2002, pp. 283-297.
- LAMAS, Marta. *Política y reproducción*. México, Plaza y Janés, 2001.
- LAU, Ana. *La nueva ola del feminismo en México*. México, Planeta, 1987.
- LORBER, Judith y Lakshmi BANDLAMUDI. "The Dynamics of Marital Bargaining in Male Infertility", *Gender and Society*, vol. 7, núm. 1, 1993, pp. 32-49.
- LOWRY, Deborah. "Understanding technologies as a Surveillant Assemblage: Revisions of Power and Techno Science", *Sociological perspectives*. vol. 47, núm. 4. University of California Press, 2004, pp. 357-370.

- MELUCCI, Alberto. "The Symbolic Challenges of Contemporary Movements", *Social Research*, vol. 52, núm. 4, 1985, pp. 789-816.
- MENÉNDEZ, Eduardo. "De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas", *Salud Colectiva*. vol. 5, núm. 2, mayo-agosto. Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, 2009, pp. 155-179.
- RAGONÉ, Helena. *Surrogate Motherhood: Conception in the Heart*. Boulder, Westview Press, 1994.
- RIVAL, Laura y Fenella CANNELL. "Anthropological Perspectives on Assisted Conception", *Anthropological Today*, vol. 8, núm. 2. Reino Unido, Royal Anthropological Institute, 1992, pp. 25-26.
- ROACH ANELU, Sharyn. "For Love but Not for Money", *Gender and Sociology*. vol. 6, núm. 1. Rhode Island, SAGE, 1992, pp. 30-48.
- RUDINOW, Ann, Nelly OUDSHOORN y Marta KIREJCZYK (eds.). *Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine*. Columbus, Ohio State University Press, 2000.
- SANDELOWSKI, Margaret y Sheril LACEY. "The Uses of a 'Disease': Infertility as Rhetorical Vehicle", en Frank VAN BALEN y Marcia INHORN (eds.), *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technology*. Berkeley, Universidad de California, 2002, pp. 33-51.
- SHANLEY, Mary L. "Collaboration and Commodification in Assisted Procreation: Reflections on an Open Market and Anonymous Donation in Human Sperm and Eggs", *Law and Society Review*. vol. 36, núm. 2. Massachusetts, The Law and Society Association, 2002.

- SPAR, Debora L. "Reproductive tourism and the regulatory map", *New England Journal of Medicine*, vol. 352, 2005, pp. 531-533.
- STEIN, Alfredo. "Las ONG y su rol en el desarrollo social de América Latina", *Pensamiento Iberoamericano*, núm. 19, enero-junio. Madrid, AECID-Fundación Carolina, 1994, pp. 345-351.
- STRATHERN, Marilyn. *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Nueva York, Routledge, 1992.
- THOMPSON, Charis. "Fertile Ground: Feminists Theorize Infertility", en Frank VAN BALEN y Marcia INHORN (eds.), *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technology*. Berkeley, Universidad de California, 2002.
- *The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge, MIT Press, 2005.
- TUÑÓN, Esperanza. *Mujeres en escena; de la trama al protagonismo (1982-1994)*. México, PUEA/UNAM, Porrúa, 1997.
- VALADÉS, Diego. Intervención en la presentación del libro *Constitucionalidad de la ley sobre aborto en la ciudad de México*. Disponible en: <http://www.gire.org.mx> (2009)
- VAN BALEN, Frank y Marcia INHORN (eds.). *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*. Berkeley, Universidad de California, 2002.