

Servidores públicos *versus* profesionales liberales: la política de la investigación sobre anticoncepción

*Carmen Barroso
Sonia Correa*

ESTE ARTÍCULO FORMA PARTE de una ponencia más extensa, "Gender, state and contraceptive research in the brasilian democratic transition" [Género, estado e investigación de anticonceptivos en la transición brasileña a la democracia], que las autoras presentaron en el simposio sobre políticas de cambios inducidos en la fertilidad, realizado en Bellagio, Italia, a principios de 1990. La redacción de *Estudios Sociológicos* ha realizado un resumen de la primera parte del artículo.

En enero de 1986 el Ministerio de Salud brasileño retiró el permiso otorgado para la experimentación de un anticonceptivo a base de esteroides y de implantación subdérmica, el Norplant, desarrollado por el Population Council. Esta medida constituye un cambio en el papel desempeñado por el Estado, pues hasta entonces no se había preocupado por la investigación sobre anticonceptivos. En este cambio tuvieron importancia la prensa, el diálogo directo entre investigadores, usuarias y el movimiento feminista y la actividad del movimiento feminista en sí mismo.

Aunque hay antecedentes en Brasil de organizaciones de mujeres ya en la segunda mitad del siglo XIX, la participación de la mujer no se centraba en demandas específicas de género. Al comienzo del decenio de 1970, durante el periodo más represivo del régimen burocrático-autoritario, comenzaron a formarse grupos de autoconciencia, se abre un espacio para investigaciones sobre la mujer, los problemas de género aparecen con más frecuencia en los medios masivos de comunicación e incluso en 1972 se realiza el Primer Congreso Nacional de Mujeres.

Las autoras señalan que a partir de este decenio puede hablarse de tres periodos en el movimiento de mujeres: 1975-1982, 1982-1985 y 1985-1990.

Entre 1975 y 1982, destacan tres desarrollos inextricablemente unidos: primera, la participación de las mujeres en las actividades sociales y

políticas promovidas por las iglesias progresistas; segundo, las acciones de los partidos políticos hacia las mujeres y, tercero, las estrategias del movimiento feminista como tal. Poco a poco, la visibilidad de los problemas de género fue haciéndose mayor; al mismo tiempo, surgen ramas femeninas en todos los partidos políticos.

Entre 1975 y 1982, destacan tres desarrollos inextricablemente unieron en las reuniones anuales promovidas por la Sociedad Brasileña por el Progreso de la Ciencia, que se había convertido en un foco de resistencia antidictatorial— las feministas encontraron un espacio donde reflexionar, discutir e informar sobre la condición de la mujer. Se dio algo que Barroso y Correa llaman *gendering of politics*.

Sin embargo, las demandas populares coincidían, y al mismo tiempo diferían, de la problemática de género planteada por las activistas. Hay una etapa de discusión y autocrítica, que lleva a la aparición de organizaciones con intereses específicos (muchas de ellas sobre violencia doméstica y violencia sexual: SOS-Corpo en São Paulo y Río de Janeiro, CMDDBelo Horizonte, Brasil Mulher en Salvador, etc.; otras se convierten en centros de documentación, por ejemplo CIM en São Paulo; en editoras, como Mulherio; salud y reproducción fueron los temas principales para otras, como SOS-Corpo en Recife, Casa da Mulher, etc.). Otras organizaciones se mantuvieron en intereses generales y encaminaron sus pasos fundamentalmente hacia las actividades políticas. Al mismo tiempo, organizaciones internacionales y de cooperación (principalmente Fundación Ford, Novib, Oxfam, Pathfinder) comienzan a apoyar la acción de las mujeres.

En el periodo 1982-1985, el esfuerzo gira alrededor de la búsqueda de autonomía. Después de 1982 los nuevos gobernadores de São Paulo y Minas Gerais crearon Consejos Estatales de la Mujer. También sucedió, en números sin precedentes, que muchas mujeres resultaron electas como representantes en los planos municipal, estatal y federal. Se creó una Comisión Parlamentaria sobre el Crecimiento Poblacional, donde se juntaron demógrafos, médicos, militares, representantes de organizaciones privadas de planificación familiar, la Iglesia y unas pocas feministas. En 1982/1983 el Ministerio de Salud obtuvo una frágil hegemonía sobre el proceso de definición de políticas de población y creó un Programa de Salud de la Mujer (PAISM, por sus siglas en portugués), que colocaba las actividades de planificación familiar en el ámbito del sistema público de salud.

Aparece entonces, de hecho, una nueva coalición, entre las feministas y el Estado. Esto planteó dos problemas; uno, el de cómo integrar las perspectivas populares con la colaboración en el gobierno; otro, la nueva coalición nunca fue claramente negociada, se dio más bien como convergencia de intereses. Esto atrapó a las mujeres activistas en una vía tradicional de hacer política. Las demandas tenían la idea central de una ciudadanía femenina, y los derechos reproductivos fueron definidos con referencia al Estado. Esto preocupó al movimiento, y en el tercer encuentro feminista, realizado en Natal en 1983, se planteaba la duda de que todo esto pudiera conseguirse a través del Estado.

El ciclo de bajas y altas reflejó los límites y las posibilidades que tenía el movimiento de mujeres en la nueva etapa política de Brasil. Uno de los escollos fue el aborto. En enero de 1985, por ejemplo, Lucía Arruda, una legisladora estatal feminista presentó un proyecto de Ley para permitir el aborto en el sector salud público en los casos de violación y riesgo de muerte de la madre. Aunque la legislatura estatal aprobó la ley, que incluso fue firmada por el gobernador, la presión de la iglesia fue tal que dicha ley fue suspendida.

En septiembre de 1985 se inaugura el Consejo Nacional sobre Derechos de la Mujer (CNDM). Su integración resultó de una intensa concertación entre el movimiento de mujeres y las legisladoras mujeres; sin embargo, los grupos conservadores bloquearon la iniciativa de las legisladoras, con base en una disposición constitucional que limita la presencia de legisladores en comités ejecutivos, con el resultado de que aparecieron activistas poco conocidas pero con gran vinculación con los sectores populares. Su presencia, junto con la de mujeres vinculadas a los partidos políticos, garantizó su pluralidad al mismo tiempo que modificó su papel. Concebido originalmente para influir en las políticas públicas, el CNDM adquirió el perfil de un instituto "paraguas".

Cuando se vuelve a redactar la Constitución (1986-1988) el CNDM lanza una campaña nacional para conocer las demandas de las mujeres y funcionó como "lobby" del relativamente frágil movimiento de mujeres. La nueva Constitución tiene aspectos muy positivos en lo que se refiere a derechos laborales para la mujer rural y los(as) trabajadores(as) domésticos(as); establece iguales derechos y responsabilidades para marido y mujer y considera un crimen la discriminación racial y la violencia doméstica o sexual. Al mismo tiempo, no prosperó la iniciativa de un fuerte grupo católico y protestante que defendía el derecho a la vida desde la concepción misma. La incapacidad por maternidad, por su parte, se elevó de 89 a 120 días y se incluyeron 5 días de incapacidad paterna. La responsabilidad del Estado en proveer métodos y cursos anticonceptivos fue plasmada en un artículo.

El CNDM lanzó después varias campañas de educación pública sobre problemas tales como los derechos legales de la mujer casada, la violencia doméstica, discriminación de la mujer negra, derechos de la salud y derechos reproductivos. Esta última campaña terminó en un documento donde se plantea la legalización del aborto. Las fuertes presiones políticas desde comienzos de 1988 llevaron a una renuncia colectiva en agosto de 1988 y el Consejo se recompuso fundamentalmente con abogados, sin vinculación con el movimiento de mujeres.

Pero, por sobre todo, puede decirse que la experiencia del CNDM fue un ejercicio de democratización del aparato del Estado en sí mismo.

Otro importante paso institucional se dio con la creación por el Ministerio de Salud, en septiembre de 1985, de la Comisión Nacional de Derechos Reproductivos. Entre 1985 y comienzos de 1988 esta Comisión se reunió mensualmente y, entre otros puntos, elaboró las normas que sobre

anticonceptivos debería aplicar el PAISM (incluida la utilización del DIU, muy resistida por la Iglesia). Cuando el Ministerio de Salud suspendió la investigación sobre el Norplant se atribuyó a esta Comisión esa decisión, aunque de hecho ella fue informada *ex post facto* y la resolución había sido tomada por la Dimed, la oficina reguladora de medicamentos.

En estos años la sociedad civil estaba en constante movimiento. En 1986 la VIII Conferencia Nacional sobre Salud discutió las reformas al sistema público de salud; esa discusión fue retomada por la Conferencia Nacional de Salud de la Mujer, a la que habían precedido conferencias estatales. En 1989 la CNDM patrocinó un gran Seminario sobre Salud y Derechos Reproductivos.

La nueva tendencia podría ser definida como un “retorno crítico a la sociedad” y reflejaba dos importantes logros: por un lado, los enfoques de género y los problemas reproductivos se habían incorporado en vastos sectores sociales; por el otro la maduración del movimiento feminista le permitió un diálogo acerca de enfoques políticos e ideológicos con otros actores políticos.

Todo esto —y muchas otras facetas que no pueden destacarse en este resumen— contribuyó a que el episodio Norplant fuera un muy interesante caso.

[La redacción de ES]

Para muchos actores políticos que desempeñaron un papel en esa decisión y en sus subsecuentes resultados, el episodio Norplant pudo haber sido una situación molesta e incluso dolorosa. No es posible esperar que exista consenso en el análisis de esos acontecimientos. Admitámoslo, es muy difícil hacer justicia a los diferentes puntos de vista de los que intervinieron en ellos, y no se trata de esto. Antes bien, después de un examen cuidadoso de las muchas versiones disponibles, nuestro propósito es presentar una opinión particular desde la ventajosa posición de observadoras que se benefician de una distancia (quizá demasiado corta) de cuatro años. Basamos nuestro análisis en: *a*) los documentos puestos a disposición del Comité Especial sobre los Derechos Reproductivos, del Ministerio de Salud; *b*) entrevistas en profundidad realizadas a cuatro investigadores y cuatro activistas de los derechos de la salud que desempeñaron un papel importante en el incidente,¹ y *c*) una revisión de la prensa entre junio de 1984 y febrero de 1988.

¹ Y a quienes estamos muy agradecidos por hacernos partícipes de sus reflexiones. Sin embargo, ninguno de ellos encontrará su punto de vista totalmente reflejado en este artículo debido a que realizamos una cuidadosa selección de sus opiniones. Para proteger su identidad, no los hemos citado directamente.

A partir del cúmulo de información y de las diferentes interpretaciones, nuestra tarea más difícil fue la selección de las cuestiones que trascendieran las circunstancias inmediatas y nos indicaran las tendencias más constantes y generales. Son tres los aspectos que se subrayan: la transformación del papel del Estado, la función de la prensa y la crítica feminista a la investigación sobre métodos anticonceptivos.

1. La transformación del papel del Estado

Independientemente de los méritos y deméritos de las medidas específicas adoptadas durante el episodio Norplant por los diferentes actores que intervinieron en el proceso, debemos reconocer que era la primera vez que dependencias gubernamentales brasileñas participaban activamente y en un grado significativo en la política y reglamentación de la investigación sobre métodos anticonceptivos.

En la carta inicial al Ministerio de Salud, el director de la investigación sobre el Norplant escribió:

entendemos que no es costumbre que los investigadores universitarios informen de sus investigaciones a la Divisão de Medicamentos [del Ministerio de Salud] Dimed;² sin embargo, a partir de [...] nuestro estudio previo sobre la argolla vaginal [...] comprendemos que es conveniente informar sobre nuestros experimentos a esa dependencia.³

Los críticos ven una postura arrogante en esta declaración, dado que los reglamentos del Ministerio de Salud y el Código Brasileño de Ética Médica (artículos 30 y 31) ya establecían que todas las investigaciones en las que se experimentaran nuevas drogas en seres humanos debían ser aprobadas por el Ministerio.⁴ No obstante, es un hecho que en general no se cumplía con esos reglamentos y que el Ministerio no había desarrollado los medios efectivos para aplicarlos. Brasil es uno de los pocos países en desarrollo que cuenta

² La institución para el control de drogas del Ministerio de la Salud.

³ Carta del doctor Faundes a la Dimed, 8 de junio de 1984.

⁴ La Secretaría de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud fue creada en 1981. Su mandato incluía el establecimiento de normas para el diseño, seguimiento y evaluación de los proyectos de investigación. Otra de sus funciones sería "pronunciarse respecto a la prioridad e interés de [...] la investigación relacionada con la salud que se llevase a cabo en el país guiada o financiada por organizaciones extranjeras o internacionales" (*Diário Oficial*, 9 de febrero de 1981, p. 2.659).

con un amplio programa de investigaciones sobre métodos anticonceptivos (Atkinson *et al.*, 1985), pero los mecanismos institucionales de control social han sido prácticamente inexistentes.⁵

Las decisiones respecto a qué investigación llevar a cabo y qué procedimientos seguir para proteger el bienestar de los sujetos humanos de investigación han dependido siempre de cada investigador, cuya única restricción es su capacidad para asegurarse fondos y cumplir con los requisitos de las instituciones de financiamiento. En el caso de la investigación sobre métodos anticonceptivos, algunas de las principales fuentes de fondos (Family Health International, Johns Hopkins University, ICCR [Consejo Internacional de Investigación sobre Anticoncepción] del Population Council, etc.) reciben fondos a su vez de USAID (Atkinson *et al.*, 1985:202). El hecho de que USAID se haya mostrado tan activa en las políticas para frenar el crecimiento demográfico despertó las sospechas entre los impugnadores del control demográfico y más tarde surgió como uno de los motivos que impulsaron la acción del Ministerio de Salud en 1986, como veremos más adelante.

Otra fuente de fondos importante ha sido el Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dado que la OMS es un organismo intergubernamental, el Ministerio de Salud tiene una gran influencia política en ella. Como lo señalan Finkle y Crane (1976), ninguna relación es más importante para la OMS que los ministerios de Salud de los países en desarrollo: son la mejor clientela para su ayuda, representan a sus gobiernos en el cuerpo legislativo de la OMS, la Asamblea Mundial de la Salud, y, quizá lo más importante de todo, constituyen el principal grupo de presión para expandir el programa y el presupuesto de la OMS.

En 1980, durante una visita del director del Programa de Reproducción Humana a Brasilia, se llegó a un convenio informal sobre las prioridades para la investigación en Brasil en el que se excluyó la investigación sobre métodos para la interrupción del embarazo y se estableció la aprobación del Ministerio como requisito para cualquier proyecto patrocinado por el Programa en el

⁵ Esto se refiere a la investigación médica en general. En el Simposio "Ética de la Investigación Biomédica en Seres Humanos", patrocinado por el Consejo Regional de Medicina en São Paulo, un prominente investigador en el campo de las enfermedades contagiosas declaró: "En la escuela de medicina donde trabajo, los comités son muy raros. En el Hospital de Clínicas, el Comité de Ética es convocado únicamente cuando ha habido una violación tan importante que ha trascendido a la comunidad" (W. Amato Neto, en *Jornal do C.R.M.-S.P.* nov-dic. de 1986).

país.⁶ A pesar de haber sido un convenio informal, desde entonces se ha cumplido con sus estipulaciones.

¿Por qué el Ministerio de Salud no intentó hacer efectiva su autoridad sobre las investigaciones llevadas a cabo con fondos de otras fuentes antes del episodio de 1986? Esa omisión es especialmente digna de mención, ya que contrasta con la fuerte presencia del aparato estatal en la mayoría de los medios de la sociedad brasileña,⁷ y es posible señalar varias razones. Ante todo, la fragilidad política y técnica del propio Ministerio. El Ministerio de Salud es uno de los más débiles del gobierno brasileño, como puede verse por las asignaciones presupuestales⁸ y, en vista de que los recursos son escasos aun para hacer frente a las responsabilidades básicas, los incentivos para ampliar el campo de acción de su competencia son pocos. Incluso en el caso de las investigaciones patrocinadas por la OMS, no es raro que la aprobación se demore debido a que el personal calificado está abrumado por múltiples compromisos.

Una segunda razón es la privatización de la investigación y el tipo de relaciones establecidas por el Ministerio y los profesores universitarios responsables de la mayoría de las investigaciones en el campo de la salud. Es común que esos profesores pertenezcan a una tradición de "profesiones liberales" y que extiendan a las universidades públicas los valores del ejercicio privado de su profesión.⁹ Para muchos de ellos, el trabajo como médicos clínicos es la principal actividad, mientras que la enseñanza tiene sólo un papel secundario: es tanto una especie de servicio a la comunidad como una fuente de mayor prestigio profesional, y lo mismo podría decirse quizá de la investigación. Aun aquellos cuya identidad principal es la de ser investigadores pueden compartir los valores institucionales y el ethos del individualismo que predominan en las escuelas de medicina. Entre ellos las prácticas reguladoras no gozan de un re-

⁶ Carta del Ministerio de Salud al representante de la OMS en Brasilia, 17 de septiembre de 1980.

⁷ Después de 1964, el aparato estatal fue reformado y fortalecido, y se le proveyó la base institucional para su desarrollo. Las reformas fiscal y financiera afectaron al sistema bancario y crediticio y se expandieron las empresas públicas de sectores estratégicos (petróleo, energía).

⁸ La participación del Ministerio en el Presupuesto Federal disminuyó de 1.8% en 1980 a 1.3% en 1983 (Fagnani *et al.*, 1986).

⁹ La práctica tradicional privada sigue siendo la norma ideal, si bien se está convirtiendo en la excepción; sólo el 8% de los médicos de Río tenían la práctica privada como única actividad, y la mitad de ellos eran mayores de 60 años, mientras que el 47% de los médicos eran trabajadores asalariados (Viana *et al.*, 1988).

conocimiento general como legítimas y pueden ser consideradas como una amenaza para su posición y su autonomía profesional.

Los funcionarios del Ministerio de Salud no necesariamente comparten ese punto de vista, pero tienen que tomar en cuenta la posible resistencia y aun los conflictos que se provocarían en el caso de que el Ministerio intentase desempeñar un papel más importante.¹⁰ A menudo, los propios ministros poseen el mismo historial de ejercicio privado de su profesión y, por lo tanto, deben tener cuidado de no enemistarse con sus colegas.

La mística del progreso tecnológico, compartida por la mayoría de la sociedad brasileña, se relaciona estrechamente con la cuestión de la privatización de la investigación. Ésta es considerada como intrínsecamente buena, como el camino hacia la necesaria innovación y, por ende, merecedora de una confianza total; no debe ser alterada por los organismos reguladores y sus mezquinos requisitos. En una sociedad profundamente estratificada,¹¹ los médicos en general y los investigadores biomédicos en particular, se encuentran por encima del ciudadano común y no están sujetos al juicio de la gente ordinaria, que ignora los secretos de la vida y la muerte. Los intentos del Estado por controlar la investigación científica serían considerados probablemente como inútiles y como una intrusión de legos en áreas fuera de su competencia e intereses legítimos.

Por estas o por otras razones, el caso es que, con excepción de

¹⁰ Incluso los investigadores de Norplant que informaban regularmente al Ministerio de Salud recurrieron a la defensa del "libre ejercicio de la investigación" y de la "autonomía científica de la Universidad" cuando el Ministerio decidió impedir que continuara adelante su proyecto (Declaración, Campinas, 1 de febrero de 1986). Asimismo, en carta al director de Dimed, enviada poco después de que se anunció la decisión de bloquear el proyecto, el investigador a cargo de éste afirma: "Las universidades brasileñas se consideran capaces de decidir por sí mismas respecto a su propia investigación y de establecer sus propios mecanismos de control y aprobación de las investigaciones. La Universidad del Estado de Campinas [el centro de referencia para el proyecto] cree tener ella misma la competencia para juzgar, aprobar y mantener el control social de las investigaciones llevadas a cabo y coordinadas por sus propios profesionales" (carta del doctor A. Faundes, 7 de febrero de 1986). Además, la Sociedad Brasileña de Medicina Legal concluye un documento relacionado con el episodio Norplant diciendo: "El mérito de una investigación hecha por científicos competentes de una universidad no debe ser juzgado por una agencia ejecutiva del Gobierno Federal, lo cual sería una restricción al desarrollo científico, incompatible con el espíritu liberal que debe prevalecer en el Brasil de hoy (Silva *et al.*, 1986).

¹¹ A través de toda la historia brasileña, la desigualdad social y económica, por una parte, y las prácticas políticas excluyentes, por la otra, se han reforzado mutuamente.

las investigaciones patrocinadas por el Programa de Reproducción Humana de la OMS, no se había hecho intento alguno por poner en práctica un procedimiento regulatorio para la aprobación de la investigación biomédica con seres humanos.

Surge entonces una interrogante: ¿qué cambios llevaron a que se impidiera continuar con la investigación sobre el Norplant? Antes que nada, las investigaciones sobre la reproducción habían sido el centro de una atención especial desde algún tiempo atrás. Ya en 1980 el Ministerio de Salud había impuesto explícitamente su autoridad en ése y no en otros campos de investigaciones patrocinadas por la OMS. Probablemente ello se debió a la controversia política que relacionaba la investigación sobre métodos anticonceptivos con la moral sexual y las posibles consecuencias geopolíticas. Puesto que los métodos anticonceptivos eran considerados como una herramienta tecnológica para lograr el descenso de la fertilidad, se vieron sujetos a una vigilancia especial que rebasaba los efectos que podían provocar en las mujeres que los utilizaban. Debido a la herencia del debate que se dio ya en los años sesenta sobre la cuestión de la demografía, importantes sectores del Ministerio de Salud consideraban que, si bien no era totalmente perjudicial para las metas sociales, el descenso de la fertilidad en sí mismo tampoco constituía una meta tan deseable que debiera ser alcanzada por una dependencia estatal cuya responsabilidad es la salud y el bienestar de la población.

A medida que evolucionaba el debate político y el meollo de la discusión se desplazaba de las ventajas y desventajas económicas del crecimiento demográfico al derecho de la persona a controlar su fertilidad, la investigación sobre métodos anticonceptivos ganaba una mayor aceptación. En 1981, las prioridades para la investigación sobre la salud maternal e infantil aprobadas por el Ministerio incluían:

- a) investigación y desarrollo de anticonceptivos orales más efectivos y menos peligrosos, incluidos aquellos para el hombre;
- b) pruebas clínicas para la evaluación de la efectividad y seguridad de los nuevos productos anticonceptivos y de los ya existentes;
- c) desarrollo de anticonceptivos más seguros, más efectivos y menos costosos;
- d) desarrollo de métodos más precisos para determinar el período de fertilidad (*Diário Oficial*, 15 de septiembre de 1981, p. 17327).

Mucho más allá de la controversia política, la investigación sobre anticonceptivos fue motivo de preocupación especial por razo-

nes puramente técnicas: éstos son utilizados por personas sanas durante periodos prolongados y, por lo tanto, es necesario someterlos a una supervisión más estrecha que las drogas destinadas a un uso de corto plazo con fines terapéuticos.

Otro componente de la controversia política fue el hecho de que los fondos provenían en gran parte de fuentes extranjeras.¹² Durante mucho tiempo, el nacionalismo había sido una fuerte corriente ideológica de la sociedad brasileña, corriente que atravesaba el espectro político de izquierda a derecha. A los militares que tomaron el poder en 1964 les pareció útil combinar las ideas de las amenazas externas e internas en una doctrina de seguridad nacional, lo cual constituyó su principal intento por dar consistencia a su propia legitimidad. Ello no impidió que se recibieran inversiones y préstamos del exterior en una escala sin precedentes, por razones pragmáticas, pero sí generó dificultades en la relación del gobierno con las organizaciones no gubernamentales extranjeras. La idea de recibir ayuda de una organización de este tipo era prácticamente ajena a la sociedad brasileña y, por lo tanto, difícilmente podía encajar en los acostumbrados patrones de referencia que se aplicaban para interpretar las acciones que se desarrollaban en el escenario político. La Interamerican Foundation y el Instituto Lingüístico de Verano habían sufrido la prohibición de sus actividades en territorio brasileño por parte del gobierno militar, necesitado de iniciativas simbólicas para demostrar su compromiso con la defensa nacional. No obstante, la investigación sobre métodos anticonceptivos no se vio afectada.

Además de esas dos tendencias fundamentales de antineomaltusianismo y nacionalismo subsistentes de los decenios anteriores, la intervención del Ministerio de Salud en 1986 fue provocada, primero, por el surgimiento de la Nova República y, segundo, por el cambio en las estrategias de los investigadores hacia la comercialización de la nueva tecnología que se estaba desarrollando. La Nova República significó mucho más que un “cambio de guardia”; el fin del régimen militar galvanizó las aspiraciones de los movimientos sociales, antes marginados del aparato estatal, que vieron la posibilidad de insistir en sus demandas desde la ventajosa posición de los puestos gubernamentales. Las feministas encontraron la opor-

¹² El informe del Consejo Federal de Medicina critica al menos cuatro veces la falta de información sobre las fuentes de los fondos en la documentación proporcionada por los investigadores sobre Norplant (febrero de 1986, pp. 8, 13, 15 y 16).

tunidad de introducir transformaciones acordes con su crítica a la investigación sobre anticonceptivos en particular y a las políticas de población en general. Asimismo, el desplazamiento interno de personal en la burocracia estatal favoreció el surgimiento de individuos que creían que el cambio podía darse, que los negocios no tenían qué continuar como siempre. Las feministas que trabajaban en la burocracia estatal tuvieron acceso a posiciones desde las cuales podían poner en práctica sus ideas; y su posición se vio fortalecida por la creación, en el Ministerio de Salud, del Comité sobre los Derechos a la Reproducción y por el apoyo de otras fuentes, tanto dentro del gobierno (el Consejo Nacional sobre los Derechos de la Mujer, por ejemplo) como fuera de él (los grupos de mujeres que se formaban a todo lo largo y ancho del país).¹³

Otro estímulo para la intervención del Ministerio de Salud fue el hecho de que la investigación sobre el Norplant representaba un nuevo rumbo respecto a la anterior investigación en pequeña escala. Concebida como un experimento clínico, su principal objetivo era probar, además del rendimiento clínico, la aceptabilidad del nuevo producto en el país, con miras a preparar su posterior comercialización. En el protocolo de la investigación no se incluye el concepto de aceptabilidad, pero parece ser que, además de determinar el porcentaje de aceptación entre los usuarios de los servicios regulares de planeación familiar y la tasa de continuidad en su uso, el proyecto buscaba también la aceptación del “público en general”, la aprobación de los médicos y la de las autoridades reguladoras.

A diferencia de lo ocurrido en anteriores investigaciones, en que simplemente se ignoraba al Ministerio de Salud, los investigadores de Norplant no escatimaron esfuerzos para mantener informada a esa dependencia sobre el avance de su proyecto.¹⁴ Así, mediante el envío de información detallada, se alejaban de los procedimientos acostumbrados en Brasil. Las razones de este cambio pueden haber sido una combinación de: *a)* las políticas del Population Council, que se había mostrado sensible a las cuestiones planteadas por el movimiento de mujeres en Estados Unidos; *b)* la actitud personal del investigador en jefe, cuya experiencia incluía su conocimiento de las ideas de los movimientos feministas y de consumidores, así

¹³ Según el registro del Consejo Nacional sobre Derechos de la Mujer —registro que de ninguna manera es exhaustivo—, en el campo de la salud femenil hay 200 grupos de mujeres activos, diseminados por todos los estados.

¹⁴ De hecho, uno de los objetivos de la investigación, listados en el protocolo original, era mantener informado al Ministerio (Faundes *et al.*, 1989).

como su preocupación por los patrones éticos de los sectores gobernantes (CIOMS, 1982), y c) la necesidad de obtener el apoyo de los responsables de tomar las decisiones en el Ministerio de Salud, cuya aprobación se requeriría cuando se solicitase el permiso para la comercialización. Es conocido que otros productos habían sido aprobados sin tales procedimientos pero, dadas las especiales circunstancias que rodeaban a Norplant (su radicalmente nuevo modo de administración, en particular), el clima de cambios predominante en el gobierno y la sociedad brasileños y la intención declarada de incluir el Norplant entre los métodos anticonceptivos opcionales ofrecidos por el sistema de salud pública (Faundes *et al.*, 1989), la aprobación de la Dimed era particularmente importante.

2. El papel de la prensa

Un examen de la prensa brasileña¹⁵ muestra que el Norplant apareció en las noticias de los periódicos diarios, en las revistas semanales e incluso en noticieros de televisión en horas de gran público al menos desde mediados de 1984. Los primeros reportajes fueron divulgados por las agencias de noticias internacionales y en ellos se dio una cobertura favorable a la nueva tecnología en desarrollo. Las características sobre las que se hacía hincapié eran su gran efectividad, el que no tuviese efectos secundarios, su reversibilidad y la durabilidad de sus efectos (también se mencionaba a la OMS como el principal respaldo para el producto). Las autoridades científicas citadas eran Sheldon Segal y Wayne Bardin, nombres antes desconocidos para el público brasileño pero cuyos títulos eran impresionantes: premio de las Naciones Unidas en demografía, vicepresi-

¹⁵ En la revisión que se hizo de junio de 1984 a febrero de 1988, se encontraron 91 artículos acerca de la investigación sobre métodos anticonceptivos. La fuente principal fue *Planejamento Agora* (PA), boletín de reimpresión de noticias publicado por la Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEP). Las publicaciones que aparecen en PA son las principales revistas semanales (*Veja*, *Isto é* y otras), los principales diarios de São Paulo (*O Estado de São Paulo* y *Folha de São Paulo*) y Río de Janeiro (*Jornal do Brasil* y *O Globo*) y, ocasionalmente, los diarios de las capitales de otros estados. PA es una publicación bastante completa e imparcial, lo cual pudimos observar al compararlo con otras tres fuentes: a) una búsqueda completa en los diarios *O Estado de São Paulo* y *Journal da Tarde* del 1 de enero al 27 de febrero de 1986; b) los archivos de recortes de prensa del diario *O Estado de São Paulo*; y c) los archivos del periódico *Folha de São Paulo*. Las fuentes adicionales sólo nos proporcionaron 16 historias más de las 75 encontradas en *Planejamento Agora*.

dencia del Centro para la Investigación Biomédica de la OMS (*sic*), etcétera.

En marzo de 1985, los médicos que trabajaban en Brasil entraron en escena por primera vez: el profesor Elsimar Coutinho, presentado como presidente de la Sociedad Brasileña de la Reproducción Humana, y el doctor Anibal Faundes, profesor de la Universidad de Campinas, junto con Wayne Bardin, dado a conocer ahora como director del ICCR del Population Council. La aprobación de la OMS fue invocada nuevamente en apoyo del producto y se listaron las mismas características positivas. Su reducido costo y el hecho de que estuviese al alcance de las personas de bajos ingresos, aspecto subrayado por una revista estadounidense en esos días (*Newsweek*, 11 de marzo de 1985), no fueron mencionados en la prensa brasileña.

Tanto el envío de informes detallados como las menciones en la prensa, ya sea que ello se haya hecho deliberadamente o no, como una estrategia para crear una actitud favorable entre los responsables de tomar las decisiones en el Ministerio de Salud, terminaron provocando el resultado opuesto. La conspicuidad en los medios de comunicación proporcionó las razones para someter la investigación a una estrecha atención. Primera: el hecho de que se proclamaran las ventajas del método ante millones de personas exigía inflexibilidad para someterlo a prueba rigurosamente, puesto que podía generarse una demanda que excediera con mucho la producción limitada de muestras típicas de la etapa de investigación. Segunda: toda acción reguladora relacionada con un proyecto ampliamente difundido es objeto también de una vasta publicidad. Cuando no cuenta con suficiente personal, el organismo regulador es incapaz de vigilar de cerca todos los proyectos de investigación y, por ende, algunos casos seleccionados pueden servir como modelos que deban seguir otros investigadores no sometidos directamente a una vigilancia estrecha. A su vez, los informes facilitaron esta tarea: todos los datos estaban sobre los escritorios de los funcionarios reguladores; ni siquiera tuvieron que solicitarlos.

Entonces se impidió que continuara la investigación. Las razones aducidas incluían que no se hubiese utilizado el Formulario de Consentimiento oficial,¹⁶ un registro insuficiente de los datos ne-

¹⁶ El Ministerio de Salud exige, para las investigaciones con seres humanos, que cada persona participante firme un documento —en una forma específica— donde conste que dicho participante está informado de que forma parte de una investigación sobre un medicamento cuyos efectos no son totalmente conocidos.

cesarios para la selección de las usuarias y su seguimiento, el aumento no autorizado del número de centros y sujetos para pruebas y la heterogeneidad de los procedimientos entre los diversos centros. Los investigadores replicaron, entre otras cosas, que el Ministerio de Salud había tenido mucho tiempo para notificarles los cambios necesarios y que su proceder, abierto y honesto, merecía otro tipo de trato.

Las noticias ocuparon los grandes titulares y durante varios meses hubo un intenso debate en las páginas de los periódicos y en numerosas reuniones. Ambas partes recurrieron al apoyo de una amplia gama de fuentes: las feministas, el Ministerio de Salud, el Consejo Federal de Medicina, el Comité sobre los Derechos de la Reproducción, las organizaciones de mujeres, un Comité de Expertos que se reunió en un seminario para discutir la ética de la investigación, etc.; los investigadores acudieron a las organizaciones de profesionales en ginecología, a la Sociedad Brasileña para la Reproducción Humana, a la Sociedad Brasileña de Medicina Legal, etc. Además, se pidió a las usuarias que fueran a testificar sobre su satisfacción o sus recelos.

Durante el debate que siguió, la mayoría de las noticias fue favorable,¹⁷ pero el resultado final tuvo un efecto devastador para la investigación. El número de solicitudes para la remoción de los injertos aumentó de menos de 50 al mes a 225 inmediatamente después del anuncio de la prohibición (Faundes, 1989, gráfica 1).

3. La crítica feminista a las políticas de investigación sobre métodos anticonceptivos

El derecho de las mujeres a controlar su propia fertilidad ocupa un lugar muy destacado en las preocupaciones de las feministas contemporáneas de Brasil. Éstas desempeñaron un papel importante en el cambio de los términos de la discusión sobre las políticas de población y en la superación del antes polarizado debate en torno a las doctrinas neomaltusianas y las antineomaltusianas que solía obstruir toda consideración respecto a la inclusión de los servicios de planeación familiar en el sistema de salud pública (Dixon-Müeller y Germain, 1990); asimismo, ayudaron a hacer públicos los defec-

¹⁷ En la revisión mencionada en la nota anterior, más de un tercio de las noticias acerca de la investigación sobre métodos anticonceptivos se refería a Norplant. Del total de 31 artículos, 19 eran favorables, 5 mixtos y 7 desfavorables.

tos de los métodos anticonceptivos disponibles y han sido particularmente francas al denunciar las insuficiencias de los métodos de uso más generalizado.

De lo anterior, parecía que el paso siguiente sería apoyar entusiastamente la investigación y el desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos; sin embargo, tal no fue el caso. Las feministas expresaron sus reservas respecto a las tendencias predominantes en la investigación sobre métodos anticonceptivos y, en algunos casos, desempeñaron un activo papel al oponerse a proyectos específicos, como el del Norplant y la vacuna anti-HCG.¹⁸ La crítica desarrollada por las feministas toca varios planos y, aunque grupos diferentes podían no atribuir la misma importancia a todos e incluso estar en desacuerdo sobre ciertos puntos específicos, tendieron a una preocupación común por lo que consideraron una negligencia de parte de la comunidad de investigadores respecto a las perspectivas de las mujeres.

El primer plano de la crítica feminista se refiere a los aspectos metodológicos y éticos de los procedimientos de investigación. Aunque la comunidad científica ha establecido patrones éticos internacionales, la realidad de las operaciones cotidianas va generalmente a la zaga de las normas aprobadas. El consentimiento informado, considerado por lo general como la referencia ideal hacia la que deben dirigirse todos los esfuerzos, no se obtiene fácilmente, pero las feministas afirmaban que la transmisión de información adecuada podría mejorarse mucho si se considerase como un aspecto de gran importancia.

Son tres los factores que constituyen un obstáculo para mejorar la puesta en práctica del consentimiento informado. Primero, entre los científicos existe la tendencia inherente a confiar demasiado en sus propios juicios de valor sobre la calidad del producto que están probando. Además, la inversión en tiempo y energía en un proyecto puede actuar como otro incentivo de su compromiso para el éxito del estudio. A medida que aumenta el entusiasmo, tienden a subestimar la importancia de los efectos secundarios y a sobreestimar la cantidad de pruebas disponibles. La metodología científica debería servir como salvaguarda en contra de la confianza in-

¹⁸ La vacuna anticonceptiva HCG se desarrolla en 1987, fundamentalmente a través del Programa de Reproducción Humana de la OMS. Se basa en el bloqueo de las hormonas gonadotróficas que son imprescindibles en las primeras fases de implantación del embrión. Se administra mediante una inyección, generalmente en combinación con otras vacunas, fundamentalmente la antitetánica.

justificada, pero es muy humano el hecho de que no se tomen todas las debidas precauciones en todas las operaciones concretas, aun si se tiene la intención de hacerlo; ello hace que la crítica feminista sea todavía más útil como recordatorio de las virtudes de la humildad científica.

Un segundo factor que puede obstaculizar el consentimiento informado es la brecha existente, en cuanto a la complejidad, entre el investigador y los sujetos de la investigación, así como las consecuentes relaciones de poder que se establecen entre ellos casi independientemente de los deseos conscientes de los individuos interesados. Por lo general, los métodos anticonceptivos son probados en mujeres pobres del Tercer Mundo, las cuales son particularmente vulnerables debido a su limitado acceso a los recursos y a la información. Cuando aun el concepto de evaluación experimental es ajeno a sus normas culturales, el consentimiento puede no significar más que la confianza en la opinión del investigador (CIOMS, 1982). Las feministas hicieron ver que esto no debería interpretarse como una excusa para eludir la obligación de impartir una información adecuada. Por el contrario, debería provocar que se hicieran mayores esfuerzos por desarrollar un lenguaje claro en el que los complejos conceptos de los riesgos y de los límites del conocimiento actual pudieran ser expresados de manera simple. Evidentemente, no es una tarea fácil, pero es ciertamente factible, como lo demuestra la evolución reciente del episodio Norplant (Correa, 1988).

El tercer factor que obstruye la puesta en práctica del consentimiento informado son los estereotipos sobre la clase, el género y la raza, los cuales están presentes en una gran parte de la cultura de nuestra sociedad y a los que los investigadores no son inmunes. La falta de acceso a los recursos y a la información se manifiesta en desventajas que pueden ser consideradas como intrínsecas de los grupos subordinados, lo cual origina prejuicios que estigmatizan particularmente a las mujeres pobres y a las de color. Si se considera que los sujetos de la investigación son incapaces de entender las complejas cuestiones que engloba la investigación y aun de actuar en su propio interés, el investigador fácilmente puede asumir una actitud paternalista. Los estereotipos relacionados con el género pueden tener también otras consecuencias; las feministas afirmaban que la gran preocupación de los investigadores respecto a la interferencia con la libido cuando estudian anticonceptivos para el hombre es una clara señal de su estrecho punto de vista sobre las necesidades de las mujeres.

Además de los problemas relacionados con el consentimiento informado, las feministas suscitaron la preocupación por lo inadecuado de los métodos de selección y seguimiento. En el caso del estudio sobre el Norplant en Brasil, las feministas objetaron firmemente: *a)* la inclusión de adolescentes,¹⁹ *b)* lo inadecuado de la selección para poder excluir a las mujeres embarazadas,²⁰ *c)* la inclusión de una alta proporción de fumadoras²¹ y *d)* que no hubiera seguimiento de un gran número de sujetos.²²

La crítica feminista sobre la insuficiencia de la protección de los derechos de los pacientes puede sugerir en ocasiones que hay insensibilidad y malas intenciones del investigador, quien comprensiblemente se siente ofendido, y perjudicar el diálogo; sin embargo, si ambas partes reconocieran la importancia de respetar cabalmente tanto los derechos de cada mujer como las dificultades reales para hacerlo, podría darse un paso hacia una colaboración constructiva.

Un segundo plano de la crítica feminista a la investigación sobre anticonceptivos se refiere a la seguridad de los métodos puestos a prueba. Tanto a los científicos como a las feministas les preocupaba la efectividad (la capacidad para impedir el embarazo) y la seguridad (la ausencia de riesgos para la salud) de los métodos; sin embargo, la importancia relativa que unos y otras atribuían a cada uno de esos factores difiere radicalmente.

Las feministas denunciaron que los métodos cuyos efectos son todavía desconocidos o, peor aún, aquellos de cuyos efectos se sabe que son perjudiciales están exponiendo a las mujeres a peligros innecesarios. Por su parte, los científicos arguyeron que el hecho de

¹⁹ Cinco jóvenes menores de 15 años de edad; además, 9% de la muestra con Norplant (R) y 11.3% de la muestra con Norplant-2 eran menores de 19 años (Faundes, 1989, p. 17, cuadro 3).

²⁰ El protocolo exigía que la inserción se hiciese en los primeros días del ciclo menstrual; sin embargo, hubo casos de implantación durante el embarazo, cinco de ellos en violación al protocolo y siete debidos a probables pseudomenstruaciones al inicio del embarazo (Faundes, 1989, p. 19).

²¹ Los datos relacionados con las fumadoras no fueron recolectados por los investigadores. En un seguimiento hecho por Koifman *et al.*, (1987), los autores descubrieron en Río de Janeiro un 43.4% de fumadoras entre las usuarias. La OMS recomienda que: "a las fumadoras de cigarrillos que piensen recurrir al Norplant debe aconsejarseles que dejen de fumar o elijan un método no hormonal (WHO, 1984)".

²² El 15% en tres centros estudiados por Hardy *et al.*, (1986) y, según el estudio de Koifman, el mismo porcentaje en Río de Janeiro. Los datos sobre otros centros no están disponibles.

estar expuesto a algún riesgo es inherente a la vida e inevitable si se desea que el conocimiento avance; asimismo, que el riesgo que corre una muestra limitada de gente es un costo relativamente bajo que ha de pagarse por el beneficio mayor de satisfacer la necesidad social de contar con mejores métodos anticonceptivos.

Tras esta diferencia de opinión se ocultan visiones del mundo muy disímiles que dan por resultado conceptos casi opuestos de las "necesidades" y de los "riesgos". Generalmente, en lo que se refiere a los riesgos, a los científicos no los impresionan mucho otros que no sean los que significan una amenaza para la vida, y tienen la tendencia a preocuparse aún menos por la calidad de ésta y por los efectos que no son fáciles de observar ni medir con los instrumentos de su disciplina científica. En cuanto a los riesgos como la depresión, la pérdida de la libido, la interferencia con la vida sexual e incluso algunos síntomas biológicos, como las irregularidades menstruales, el aumento de peso, la infertilidad permanente, etc., los científicos tienden a descartarlos como sucesos relativamente sin importancia, fácilmente tolerados por las mujeres ansiosas de controlar la fertilidad.

Las feministas contraatacan afirmando que el problema debe ser redefinido desde el punto de vista de la dignidad cabal de las mujeres en cuanto seres humanos. Las necesidades son una creación social; si las mujeres "aceptan cualquier desgracia para evitar el embarazo",²³ lo que debe estudiarse es por qué se pone a las mujeres en una situación en la que tienen que llegar a ese punto. Antes que desarrollar tecnologías cuyo punto de partida es un patrón tan bajo, lo que se haga para cambiar las cosas debe dirigirse a los orígenes de la subordinación y la carencia de poder de las mujeres.

En cuanto a las necesidades, las feministas lanzaron la acusación de que las múltiples demandas de las mujeres referentes a la fertilidad y, en especial, su gran preocupación por la seguridad eran desatendidas debido al interés avasallador por llevar al máximo la prevención de nacimientos. El énfasis exagerado en la efectividad no era resultado de una mala intención del investigador, sino del sistema de investigación sobre anticonceptivos, de sus políticas básicas, de los mecanismos de incentivos, de los criterios de publicación, etc. Aunque las necesidades de las mujeres podían ser la preocupación principal de muchos investigadores, éstos actuaban dentro de un sistema en el que todos los posibles criterios de evaluación del éxito de un anticonceptivo estaban subordinados a la capaci-

²³ Entrevista personal con un investigador en Brasil, 6 de agosto de 1988.

dad de éste para impedir los embarazos, una de las necesidades de las mujeres, ciertamente, pero no la única.

Esa prioridad que se da a la efectividad surgió con los orígenes mismos de la “revolución de los métodos anticonceptivos” durante los años cincuenta, cuando el ethos moralista y natalista que impedía el avance científico en el campo de la anticoncepción fue vencido por el temor a la “explosión demográfica” (Walsh, 1980; Pincus, 1965; Lincoln y Kaeser, 1987).

En el caso del Norplant, las feministas brasileñas denunciaron que no había necesidad de él debido a que no ofrecía mejoras respecto a la pildora de progestágeno, excepto en el modo de administración —una ventaja que no era apreciada por las mujeres, afirmaban—, útil únicamente desde el punto de vista del control demográfico. “Una mujer fuertemente motivada no olvida su pildora diaria y sólo deja de tomarla si sufre efectos secundarios” (Grupo Mulheres da Saúde, carta circular, Brasília, 1985). Por su parte, los investigadores defendían la utilidad del producto para reducir las tasas de esterilización.

La crítica más comúnmente expresada se refería a la alta frecuencia de los efectos secundarios, en especial los excesivos e irregulares sangrados.²⁴ En su estudio, Hardy *et al.* (1986) descubrieron una alta proporción (59%) de usuarias de Norplant con sangrados menstruales prolongados. Los desórdenes menstruales fueron responsables de que el 17% de las mujeres quisiera que se les removiera el injerto. Los inconvenientes del aumento de los sangrados iban desde más toallas que lavar hasta la interferencia con las relaciones sexuales, pasando por las fricciones con los esposos, etc. Algunos grupos feministas consideraban que los desórdenes menstruales constituían afecciones importantes del equilibrio dinámico basado en ritmos naturales interdependientes y que incluso afectaban el núcleo de la identidad femenina (Comissão Especial dos Direitos da Reprodução da ALERJ [Comisión Especial de Derechos Reproductivos, Asamblea Legislativa del Estado de Río de

²⁴ De acuerdo con la revisión hecha de la prensa, la seguridad fue el principal tema de disputa, mencionado 10 veces en contra del método y 14 veces en favor de él. Un estudio que incluyó a 331 mujeres usuarias de Norplant en Brasil indica que la mayoría de ellas, el 54% eligió ese método por razones de seguridad, mientras que la efectividad fue la razón en sólo el 30% de los casos (Hardy *et al.*, 1986). Esto parece respaldar el llamamiento generalizado de las feministas en el sentido de que se haga mayor énfasis en la seguridad, pero indica que la evaluación que ellas hacen de la seguridad de ese método en particular no es compartida por las usuarias.

Janeiro], "Norplant, um alerta a população", mimeo., mayo de 1987).

La preocupación de las feministas por la seguridad del Norplant no se limitaba a Brasil: Health Action International, una red de 100 organizaciones independientes de interés público de 36 países, se dirigió al Comité Consultivo sobre Drogas para la Fertilidad y la Salud Materna de la FDA [Food and Drug Administration] exigiéndole que no aprobara el Norplant por razones de seguridad.

Aunque, en comparación con otros métodos, el riesgo relativo conocido del Norplant puede no ser tan serio como afirmaban las feministas (Faundes, 1989; Koifman, 1987), los efectos a largo plazo y los casos extraordinarios siguen siendo desconocidos (WHO, 1984), por lo que la solicitud de las feministas en el sentido de que se tome en cuenta cuidadosamente una gama más amplia de efectos posibles puede contribuir a una mejor investigación.²⁵

El tercer plano de la crítica feminista a la investigación sobre métodos anticonceptivos se refiere a las prioridades de esta última y a la idea particular de racionalismo científico, que es la base para el establecimiento de esas prioridades. Los tipos de métodos anticonceptivos que se encuentran en proceso de desarrollo, aquellos en los que se hacen las inversiones más fuertes, son los destinados a las mujeres, los de una alta tecnología, los de efectos duraderos y los que implican el control por parte del proveedor (Atkinson *et al.*, 1985). Según las feministas, los métodos que comparten algunas o todas esas características son los predominantes desde los orígenes de la llamada revolución anticonceptiva.

Puesto que el control demográfico fue el motivo que permitió que se superara la anterior resistencia a la investigación sobre anticonceptivos, era normal que el éxito de un nuevo método sería evaluado por el número de nacimientos evitados. La salud de las usuarias y la calidad de la vida sólo marginalmente llegaron a formar parte de la ecuación costo-beneficio según la cual, por el beneficio último de evitar un embarazo no deseado, las mujeres estaban dispuestas a someterse a cualquier sacrificio que pudiera ser necesario.

²⁵ La Conferencia Nacional sobre la Salud de las Mujeres (1987) pidió que se ejerciera un mejor control de la experimentación que incluye a seres humanos y que se invirtiera en la investigación sobre los métodos anticonceptivos de la medicina popular y alternativa. Dos años más tarde, las mujeres participantes en la campaña presidencial de Lula plantearon el "incentivo a la investigación científica sobre nuevos métodos anticonceptivos para hombres y mujeres" como una de sus 13 demandas (*Na luta pela libertação das mulheres*, 1989).

Asimismo, los investigadores en métodos anticonceptivos parecían compartir con los científicos de otras áreas una visión racionalista de la naturaleza humana. Conforme a esa visión, los seres humanos son considerados en su dimensión racional y nada más. Dado que la ciencia misma es un producto de la razón humana, es comprensible que tienda a concebir la racionalidad de tal manera que confunde las otras dimensiones de la vida. La simplicidad relativa de un hombre o mujer unidimensional posee un atractivo innegable para aquellos investigadores que buscan la elegancia conceptual, prueban correlaciones lineales y eligen la parsimonia como la piedra angular de la ética de la ciencia.

En la investigación sobre métodos anticonceptivos, se piensa en la usuaria como en un ser racional que prefiere evitar el embarazo, y esa preferencia nunca se concibe como el equilibrio inestable de una serie de fuerzas en tensión. Se supone que la preferencia es claramente consciente, sin ambigüedades y sin variaciones temporales. Se considera que la persona posee la capacidad para tomar decisiones, que tiene un conocimiento completo de las opciones vitales existentes y que puede predecir las consecuencias de las diversas opciones. Dados ese conocimiento y esa capacidad de reflexión, la persona planea evitar los hijos durante cierto periodo x . Una vez definido el plan, si la persona tiene información sobre métodos anticonceptivos eficaces y acceso a ellos, actuará de acuerdo con lo planeado. Cualquier desviación de ese modelo es descartada como "error", ese riesgo de fracaso que el investigador busca disminuir pero que no tiene interés en entender.

Tal modelo de racionalidad no sólo es demasiado simple para describir cualquier comportamiento humano sino que se encuentra particularmente alejado del comportamiento relacionado con la anticoncepción, porque no puede olvidarse que está ligada al sexo —punto de reunión de la razón, la pasión, el deseo, el éxtasis, las normas culturales, la religión, Dios y el diablo. Por lo demás, aun dentro del privilegiado dominio de la racionalidad, el modelo mencionado tiene la dificultad adicional de abarcar la noción de probabilidad y diferencias individuales respecto al "placer de correr riesgos", tan típica de los juegos de azar.

Evidentemente, el modelo de racionalidad en sí mismo no es aceptado conscientemente por todos los investigadores en métodos anticonceptivos; pero la tendencia existente a sobreestimar la importancia del comportamiento racional lleva a descuidar las complejas cuestiones asociadas con lo que llegó a llamarse la "tasa de fracaso de la usuaria", que originalmente no fue predicha, pero que

después se convirtió en una de las preocupaciones clave en el campo de la anticoncepción.

El fracaso de la usuaria, la aceptabilidad y la "tasa de continuidad" se convirtieron en preocupaciones cuando la realidad de los programas masivos demostró que los métodos, tan atractivos en el laboratorio, no recibieron la entusiasta acogida que parecían merecer. Problemas que el investigador podría haber considerado de poca monta, como, por ejemplo, el aumento de peso o los sangrados continuos, terminaron reduciendo drásticamente la aceptabilidad de un método. Métodos que, dada su aura científica, se habían ganado la confianza inmediata de la población fueron abandonados rápidamente después de que se presentaron algunos efectos secundarios no previstos.

El concepto mismo de efectividad fue revisado, y se hizo una distinción entre "efectividad del método" y "efectividad en la usuaria", la primera se refiere a lo que se verifica en condiciones ideales, y la segunda a lo que se obtiene en las situaciones concretas de uso, con la interferencia de un número desconocido de variables no controladas.

Puesto que la mayoría de los métodos anticonceptivos, incluida la pildora, mostraron marcadas diferencias entre ambos tipos de efectividad, se hicieron posibles dos enfoques. Uno de ellos consistía en salir del laboratorio para tratar de entender las variables desconocidas que operan en la vida real y, finalmente, mejorar el método para adaptarlo a esas variables o aceptar que algunas de ellas se relacionaban con necesidades humanas que son inherentemente inestables (y, por ende, aceptar que algunas personas necesitan métodos cuya efectividad fuera menos perfecta).

El otro enfoque —el elegido por los institutos de investigación— consistía en permanecer en el laboratorio y desarrollar métodos que fuesen independientes de las variables "externas". Para reducir al mínimo los riesgos de fracaso de la usuaria, se desarrollarían métodos que no dependerían de la motivación de ésta: habilidad, memoria, capacidad para entender instrucciones, actitudes hacia la pareja, inhibición sexual, temores, ansiedad, deseos inconscientes, humor, carácter, disposición, etcétera.

La definición misma del problema que debía estudiarse es radicalmente diferente según cada uno de esos dos enfoques. Lo que en el primero era el principal objeto de interés fue excluido deliberadamente del segundo enfoque, el preferido. Por lo tanto, hubo relativamente pocos esfuerzos por entender la naturaleza y el origen de la alta tasa de fracaso de la usuaria en el caso de algunos

métodos anticonceptivos. En 1986, la OMS publicó directrices para el mejoramiento de la investigación sobre anticonceptivos basados en esteroides. A lo largo de sus 58 páginas, en las que la efectividad aparece como la preocupación primordial, no se hace ninguna mención al estudio de las causas de la ineffectividad. Sólo hay una sugerencia en el sentido de que un estudio debe ser suspendido siempre que la tasa de embarazo sea más alta que cierta cifra (WHO, 1986, p. 31). En cuanto a las razones para la discontinuidad o las quejas, en un corto párrafo de tres líneas se reconoce la posibilidad de que puedan relacionarse culturalmente y ofrecer una indicación de su "probable aceptabilidad en diferentes sociedades".

En suma, el mayor énfasis en la efectividad, junto con la comprensión de que ésta era en la usuaria mucho más baja que la efectividad teórica, llevó a que se desarrollaran métodos anticonceptivos de alta tecnología, efectos prolongados y "dependientes del proveedor".

La preferencia por la alta tecnología no es exclusiva de la investigación sobre anticoncepción, sino que forma parte de una tendencia general de la medicina que busca respuestas tecnológicas a interrogantes que podrían ser mejor solucionadas en el plano del sistema social. Además de ser insuficiente para la solución de problemas que son básicamente sociales, la alta tecnología puede representar una amenaza para la libertad de elección. La dependencia del proveedor puede aumentar el riesgo de abuso, cuyas probabilidades son mayores en las sociedades menos democráticas. El movimiento de las mujeres ha hecho serias objeciones a los métodos en los que existe dependencia del proveedor porque la mayoría de los países está aún muy lejos de ser verdaderas democracias. En particular, no debería olvidarse que, en la mayoría de los países del Tercer Mundo, la calidad de la cobertura de los servicios médicos es consternadoramente inadecuada. Igualmente serio es el hecho de que los conceptos de ciudadanía y derechos humanos son incipientes y frágiles y todavía no incluyen el derecho del usuario a impugnar las prácticas médicas y a exigir respeto a su opinión frente a la elección de tratamientos.

En lo que se refiere al largo periodo de efectividad, las feministas reconocían que muchas usuarias pueden verlo como una ventaja, en especial porque, dada la división sexual del trabajo, sus laboriosas rutinas cotidianas no les dejan mucho tiempo para cuidar de sí mismas y, ante la limitada disponibilidad de servicios médicos, pueden tener que recorrer grandes distancias y soportar largos periodos de espera para obtener provisiones de anticonceptivos. Sin

embargo, las feministas todavía tienen serias reservas respecto a los métodos de acción prolongada debido a que sus efectos menos comunes son aún parcialmente desconocidos. En el caso de las reacciones adversas, la posibilidad de que la propia usuaria detenga inmediatamente el uso del método anticonceptivo es ciertamente una ventaja.

En el caso del Norplant, las feministas brasileñas centraron su atención en las dificultades que pueden surgir cuando una mujer quiere que se lo remuevan. Esas dificultades pueden ir del temor a una intervención quirúrgica hasta la distancia a que se encuentre un médico experimentado, en particular en el caso muy común de la migración, pasando por la renuencia del personal médico a satisfacer su demanda. El planteamiento de esta última posibilidad ofendió a algunos médicos, quienes afirmaron que ellos nunca tratarían de imponer sus puntos de vista a la paciente. Las feministas opinan que ese puede ser el caso de algunos médicos, pero no de todos. El hecho es que, aun inadvertidamente, al menos algunos médicos bloquean el acceso inmediato a la remoción, como lo documentan Hardy *et al.*, (1986).

La argumentación en favor de que haya métodos que puedan ser controlados por la usuaria es un aspecto fundamental de la crítica feminista porque está vinculado al meollo de la búsqueda de autonomía de las mujeres.

Conclusión

Los pesimistas ven el episodio brasileño del Norplant como un juego sin vencedores en el que ambas partes perdieron y nada se ganó; sin embargo, tal vez no sea el caso. Dos años más tarde, el Ministerio de Salud aprobó las Normas para la Investigación en el Campo de la Salud;²⁶ los Comités de Ética locales empezaron a convertir-

²⁶ La resolución núm. 1 del Consejo Nacional de la Salud, del 13 de junio de 1988, establece las normas técnicas para la investigación en el campo de la salud. Incluye un capítulo acerca de los aspectos éticos, con instrucciones detalladas sobre el consentimiento informado; otro capítulo aborda el tema de los comités de ética y los comités de seguridad biológica que deben establecerse en cada institución de investigación; asimismo, se establecen los requisitos para las pruebas pre-

se en realidad, impulsados tanto por el Consejo Federal de Medicina como por el Ministerio de Salud, y aumentó la conciencia pública.

La calidad de la comunicación fue sorprendente si se compara con el patrón usual. Antes, era como si feministas e investigadores sostuviesen discursos paralelos ante auditorios distintos. Durante el episodio Norplant, los discursos se enlazaron en un proceso de declaración, réplica, etc., y ello duró varios meses. Es cierto que el tono agresivo y aun los malos modales de los interlocutores tendieron a nublar esos y otros aspectos positivos; sin embargo, el público en general nunca estuvo mejor informado sobre los procedimientos técnicos y los principios fisiológicos. Se hicieron evaluaciones comparativas con otros métodos y se discutieron los aspectos éticos. El aislamiento científico fue roto y la anticoncepción, generalmente abordada tan sólo desde el punto de vista técnico, se vio politizada. Muchos otros actores expresaron su opinión. Y fue la diversidad de opiniones, así como el esfuerzo por dar transparencia a contenidos tradicionalmente complejos y oscuros, lo que hizo del episodio Norplant un momento de comunicación democrática. Este paso hacia la comunicación se manifestó también en las actitudes del coordinador de la investigación en Brasil. Hubo un contacto directo con los grupos feministas y todos los participantes en el debate recibieron un voluminoso expediente con valiosos documentos. Uno de los documentos responde las acusaciones publicadas por un grupo feminista contra el Norplant. En el documento se rompe con la jerga científica, lo que hace que las nociones complejas sean comprensibles para cualquier persona alfabetada, lo cual revela un nuevo lenguaje. Ese lenguaje sólo se produce en el momento en que la ciencia misma se ve enfrentada con interlocutores que ponen en tela de juicio su proyecto (Correa, 1988).

Ese tipo de comunicación es el que puede dar como resultado efectos de largo plazo. El verdadero cambio del papel del Estado o de otras formas de control social de las actividades científicas no ocurrirá por decreto o a través de episodios aislados. A menos que las ciudadanas activas se movilicen en defensa de sus derechos, los mecanismos formales seguirán vacíos y desprovistos de verdadero poder, y las ciudadanas sólo podrán comprender el alcance de las

clínicas y clínicas de nuevas drogas. Los comités de ética deben comprender al menos seis miembros, cinco de los cuales deben tener experiencia en la investigación en el campo de la salud, y ser elegidos por sus iguales. De preferencia, los comités deben incluir tanto hombres como mujeres y al menos uno de los miembros debe provenir de otra institución (*Diario Oficial*, 14 de junio de 1988, pp. 10713-10719).

cuestiones que abarca la investigación científica cuando tengan acceso a la información básica.

Recibido en marzo de 1990

Traducción del inglés de Mario A. Zamudio Vega

Correspondencia a: Carmen Barroso/MacArthur Foundation/Suite 1100/140 South Dearborn Street/Chicago, Illinois 60603/USA.
Sonia Correa/SOS-Corpo/Avda. 10 de Novembro 57/Olinda/53000 PE/Brasil.

Bibliografía citada

- Alvarez, Sonia E., "Politizando as relações de gênero e engendrando a democracia", en Alfred Stepan (comp.), *Democratizando o Brasil*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988, pp. 315-380.
- , "Women's movements and gender politics in Brazilian transition", en Jane S. Jaquette (ed.), *The women's movement in Latin America-Feminism and the transition to democracy*, Boston Unwin Hyman, 1989, pp. 18-71.
- Atkinson, Linda E., *et al.*, "Worldwide trends in funding for contraceptive research and evaluation", *Family Planning Perspectives*, 17(5), 1985, 196-208.
- Avila, Betânia, *Direitos reprodutivos: o caos e a ação governamental*, Recife SOS corpo, 1989, col. Direitos da Reprodução e Condição Feminina.
- , y Regina Barbosa, "Contracepção: mulheres e instituições", Recife, SOS corpo, 1984, mimeo.
- Barroso, Carmen, "Fertility decline and public policies in Brazil" (trabajo presentado en la American Assembly about US Policy Towards World Population Growth, 26-28 de octubre de 1989, Hubert H. Humphrey Institute of Public Affairs, Minneapolis University of Minnesota, 1989).
- , y Tina Amado, "A ideologia da pesquisa em contracepção", en *Relatório do Seminário Nacional dos Direitos Reprodutivos*, Embu-São Paulo, 11, 12 y 13 de septiembre de 1987, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1987.
- Berquó, Elza, "A esterilização feminina do Brasil hoje", en *Quando a paciente é mulher* (Relatório do Encontro Nacional Saúde da Mulher: Um direito a ser conquistado), Brasília, CNDM Ministério da Justiça, 1989.
- Caldeira, Teresa, "Mujeres, cotidianidad y política", en Elisabeth Jelin

- (comp.), *Ciudadanía e identidad. Las mujeres en los movimientos sociales latinoamericanos*, Ginebra, UNRISD, 1987, pp. 75-128.
- Cardoso, Fernando Henrique, "Desenvolvimento associado-dependente e teoria democrática", en Alfred Stepan (comp.), *Democratizando o Brasil*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988, pp. 443-482.
- Centro de Cultura Luiz Freire, Seminario sobre a cooperação internacional no Brasil, Recife, 1989, mimeo.
- CIOMS, *Proposed International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, Ginebra CIOMS, 1982.
- Correa, Sonia, *Os rumos da pesquisa em contracepção no Brasil*, Recife, 1988, mimeo.
- _____, "Reproductive rights in the context of Brazilian demographic transition", presentado en la Population Association of American Conference, Baltimore, 1989, mimeo.
- _____, y Eleonora Menicucci, Seminário Internacional dos Direitos da Reprodução, Teresópolis, octubre de 1988, Relatório final, Recife, 1988, mimeo.
- Costa, Albertina de Oliveira, *É viável o feminismo nos trópicos? Resíduos de insatisfação-São Paulo, 1970*, Cadernos de Pesquisa (66), 1988, 63-69, Fundação Carlos Chagas, São Paulo.
- Costa, Sarah Hawker, y Cristiane Schuch Pinto, "Os efeitos demográficos da contracepção. A queda da fecundidade", en *Quando a paciente é mulher* (Relatório do Encontro Nacional Saúde da Mulher: Um direito a ser conquistado), Brasília, CNDM Ministério da Justiça, 1989.
- Dixon-Mueller, Ruth y Adrienne Germain, *Population policy and women's political action in three developing countries* (preparado para el Simposio sobre la Política del Cambio Inducido de la Fertilidad, Bellagio, Italia, febrero de 1990), 1990.
- Fagnani, Eduardo et al., *Recessão e financiamento das políticas sociais, São Paulo*, texto para discusión núm. 07, Instituto de Economia do Setor Público-IESP/FUNDAP (trabajo presentado en el X Encontro da Ampocs em Campos de Jordao, São Paulo), 1986.
- Faria, Vilmar E., "Políticas de governo e regulação da fecundidade", en *Ciências Sociais Hoje, Anuário de Antropologia, Política, Sociologia*, São Paulo, Vértice, Editora Revista dos Tribunais, Anpocs, 1989.
- Faundes, Aníbal (comp.), Implantes sub-dérmicos anticoncepcionais Norplant (R). Projeto de estudo clínico colaborativo no Brasil, relatório técnico, 1989, mimeo.
- Finkle, Jason X, y Barbara B. Crane, "The World Health Organization and the population issue: organizational values in the United Nations", *Population and Development Review*, 2(3/4), 1976, pp. 367-394.
- Goldberg, Anette, "Gênero, mulher e identidade de esquerda: o feminismo no exílio", en Menicucci de Oliveira, Eleonora (comp.), *Mulheres: da domesticidade à cidadania. Estudos sobre movimentos sociais e democratização* (trabajos presentados en la XI Reunião da Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais

- ANPOCS-Grupo de Trabajo Mulher e Política. Aguas de São Pedro), São Paulo, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1987.
- Gordon, Linda, *Woman's body, woman's right. A social history of Birth control in America*, Nueva York, Penguin Books, 1975.
- Grupo Ceres, *Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher*, São Paulo, Brasiliense, 1981.
- Hahner, June E., *A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas 1850-1937*, São Paulo, Brasiliense, 1981.
- Hardy, Ellen E. et al., *Estudo da reação das pacientes às características dos implantes Norplant (R) e às mudanças observadas durante o seu uso* (Relatório submetido a The Population Council por Cemicamp, Doação do Projeto No. 185.124 e 186.08A, 1986.
- Koifman, Sérgio, "Avaliação do anticoncepcional Norplant no município do Rio de Janeiro", RJ (Brasil), *Revista de Saúde Pública*, 21(6), 1987, 513-522.
- Landim, Leilá, *Sem fins lucrativos (as organizações não governamentais no Brasil)*, Rio de Janeiro, ISER, 1989.
- Lincoln, Richard y Lisa Kaeser, "Whatever happened to the contraceptive revolution?", *International Family Planning Perspectives*, 13(4), 1987, 141-145.
- Mainwaring, Scott, "Os movimentos populares de base e a luta pela democracia: Nova Iguaçu", en Alfred Stepan (comp.), *Democratizando o Brasil*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988, pp. 275-314.
- , *Igreja Católica e política no Brasil 1916-1985*, São Paulo, Brasiliense, 1989.
- Marx, Paul, "O controle internacional de população no Brasil", 1987, mimeo.
- Merrick, Thomas W., y Elza Berquó, *The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility*, Committee on Population and Demography, informe núm. 23, Washington, National Academy Press, 1983.
- Moraes, Maria Lygia Quartini de, *Mulheres em movimento: o balanço da década da mulher do ponto de vista do feminismo, das religioes e da política*, São Paulo, Nobel, Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985.
- Novib, Cidhal, Flora Tristan et al., *Documentos preparatórios para a reunião do Projeto entre mulheres*, Santo Domingo, 1989.
- O'Donell, G., "Corporatism and the question of the State", en J.M. Malloy (ed.), *Authoritarianism and corporatism in Latin America*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1977.
- Oxfam, Brasil, *Por que trabalhar com mulheres?*, Recife, 1990 (en prensa).
- Paiva, Paulo de Tarso Almeida, *The process of proletarianization and fertility transition in Brazil*, Cedeplar/UFGM (texto para discusión núm. 15; trabajo presentado en el Encuentro Anual de la Population Association of America, 3-5 de mayo de 1984), 1984, 40 pp.
- Pena, Maria Veléria Junho, *Mulheres e trabalhadoras, presença feminina na constituição do sistema fabril*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

- Pincus, G., *The control of fertility*, Londres, Academic Press, 1965.
- Pinotti, José Aristodemo, "De Bucarest ao México, questões sobre a saúde da mulher no Brasil", presentado en la Reunión Anual de la SBPC, São Paulo, 1984, mimeo.
- Reis, Ana Regina, "Os herdeiros da terra-uma reflexão sobre a procriação e o direito", en *Conferencia Nacional de Saúde e Direitos da Mulher*, 10 al 13 de octubre de 1986 (Relatório final), Brasília, Ministério da Saúde, 1987.
- Rocha, Maria Isabel Baltar da, "Um estudo sobre o neomalthusianismo no Brasil, 1965-1970" (tesis presentada en la fflch/usp para la obtención del título de maestro), São Paulo, 1979, mimeo.
- , "População, reprodução e saúde: anotações sobre a questão de uma política social", en *Revista Brasileira de Estudos de População*, 5(2), 1988, 21-34.
- Rosemberg, Fúlvia, "As feministas e a luta por creches", en *A expansão de creches no município de São Paulo durante a década de 70*, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1988, mimeo.
- Sarti, Cyntia, *Feminismo no Brasil: uma trajetória particular*, Cadernos de Pesquisa (64), 1988, 38-47.
- Silva, Francisco Moraes *et al.*, "Parecer da sociedade brasileira de medicina legal" (1986), en Aníbal Faundes (comp.), "Implantes subdérmicos anticoncepcionais Norplant (R). ... *op. cit.*
- Vianna, Solón Magalhaes, *et al.*, "El impacto de la crisis económica en los servicios de salud: el caso del Brasil", en Philip Musgrove (comp.), *Crisis económica y salud-La experiencia de cinco países latinoamericanos en los años ochenta*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1988, capítulo 7.
- Walsh, Vivien, "Contraception: the growth of a technology", en Linda Birke (ed.), *Alice through the microscope: the power of science over women's lives*, Londres, Virago, 1980.
- Weffort, Francisco, "¿Por qué democracia?", en Alfred Stepan (comp.), *Democratizando o Brasil*, Río de Janeiro, Paz e Terra, 1988, pp. 483-520.
- WHO, "Facts about an implantable contraceptive" (1984), en Anibal Faundes (comp.), "Implantes sub-dérmicos anticoncepcionais Norplant (R). Projeto de estudo clínico colaborativo no Brasil, relatório técnico", 1989, mimeo.
- , "Proposed guidelines to be presented at the symposium on improving the safety requirements for contraceptive steroids", Ginebra, OMS, 1986, mimeo.

Documentos

- Arcoverde, Waldir Mendes, "Discurso do excelentíssimo senhor doutor Waldir Mendes Arcoverde à Conferência Internacional sobre População" (Ciudad de México, 6 al 13 de agosto), mimeo, Brasília, 1984.

- Brasil, Congresso Nacional, "Depoimento do senhor doutor Walter Rodrigues à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o Aumento Populacional", mimeo, Brasília, abril de 1983.
- Brasil, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, *Quando a Paciente é Mulher*, Brasília, 1989.
- _____, "Dossier referente à implementação de uma política de controle da natalidade pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Social", mimeo, Brasília, febrero de 1987.
- _____, Ministério da Previdência e Assistência Social, INAMPS, "Resolução mim. 123 de 27 de maio de 1986, que dispõe sobre a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher", mimeo, Rio de Janeiro, 1986.
- _____, Ministério da Saúde, "Portaria núm. 034 de 5 de fevereiro de 1981", *Diário Oficial da União*, 9 de febrero de 1981, Brasília.
- _____, "Portaria núm. 212 de 11 de setembro de 1981", *Diário Oficial*, 15 de septiembre de 1981, Brasília.
- _____, *Assistência integral à saúde da mulher, bases programáticas*, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- _____, Comissão Nacional de Estudos da Reprodução Humana, "Relatório de Reunioes 1985/1988", mimeo, Brasília, 1985-1988.
- _____, "Portaria núm. 01 de 13 de junho de 1988", *Diário Oficial*, 14 de junio de 1988, Brasília.
- _____, "Portaria núm. 905/GM de 24 de novembro de 1989", mimeo, Brasília, 1989.
- _____, Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, *Relatório final*, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- Brasil Mulher, "Editorial", outubro, Londrina, 1975.
- Casa da Mulher, "Manifesto sobre o planejamento familiar e o aborto no Brasil", mimeo, Rio de Janeiro, marzo de 1983.
- Em Tempo*, "Reportagem sobre o I Congresso da Mulher Paulista, São Paulo", marzo de 1979.
- Nós Mulheres*, "Editorial", São Paulo, agosto de 1977.
- O Globo*, "Matéria sobre a implantação de um Programa de Planejamento Familiar em São Paulo", Rio de Janeiro, 23 de abril de 1988.
- 1 Encontro Nacional sobre Saúde da Mulher, "Carta de Itapetcerica", mimeo, São Paulo, noviembre de 1984.
- _____, "Relatório dos Grupos e Plenárias", mimeo, São Paulo, 1984.
- III Encontro Regional Feminista do Nordeste, *Propostas para uma política de reprodução humana*, Natal, septiembre de 1983.