

Mariana Viera Cherro

Lejos de París.
Tecnologías
de reproducción asistida
y deseo del hijo
en el Río de la Plata



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



biblioteca**plural**

LEJOS DE PARÍS

Tecnologías de reproducción asistida
y deseo del hijo en el Río de la Plata

Mariana Viera Cherro

LEJOS DE PARÍS

Tecnologías de reproducción asistida
y deseo del hijo en el Río de la Plata



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



CSIC

bibliotecaplural

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria, en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la csic, integrada por Alejandra López, Luis Bértola, Carlos Demasi, Fernando Miranda y Andrés Mazzini ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2014.

© Mariana Viera Cherro, 2014

© Universidad de la República, 2015

Ediciones Universitarias,
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)
Montevideo, CP 11200, Uruguay
Tels.: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906
Telefax: (+598) 2409 7720
Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>
<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/dpto_publicaciones.htm>

ISBN: 978-9974-0-1262-2

*A mis tres varones, por el apoyo incondicional
y por su alegría; sin ella ni éste ni muchos otros
emprendimientos hubieran sido posibles.*

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL.....	9
PRESENTACIÓN.....	11
El hilo del deseo.....	12
TEMA DE ESTUDIO Y PERSPECTIVA DE ABORDAJE.....	23
Las razones de mis preguntas: una reflexión teoricometodológica y feminista.....	23
Tecnologías de reproducción asistida, biopoder y género	29
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE REPRODUCCIÓN ASITIDA	37
Conceptualización y génesis de los procedimientos de reproducción asistida	37
El ingreso de las TRA a América Latina.....	43
Una focalización en el Río de la Plata.....	44
Marco legal y sanitario para la aplicación de las TRA en Uruguay y Argentina.....	48
INFERTILIDAD Y APROPIACIÓN BIOTECNOLÓGICA DEL DESEO REPRODUCTIVO.....	55
Tecnologías de alta complejidad: ¿tratamiento o servicio?.....	56
La naturaleza de la infertilidad	61
Infertilidad y reproducción del orden heterocentrado.....	64
Deseo del hijo e intervención médica creciente... y urgente.....	72
El feto supervalioso: último eslabón del control biotecnológico.....	82
EL LUGAR DE LO FEMENINO EN LA CONSTRUCCIÓN BIOTECNOLÓGICA DEL PARENTESCO.....	87
El vínculo biológico como clave del parentesco occidental.....	87
Actuación biotecnológica y naturaleza del parentesco.....	90
El proceso de antropomorfización del material reproductivo.....	95
Uterización del vínculo filial	100
Ovocitos: un bien preciado.....	105
CONCLUSIONES.....	111
BIBLIOGRAFÍA.....	117
ANEXO.....	123
Mujeres y especialistas entrevistados.....	123
GLOSARIO DE TÉRMINOS	133

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

La Universidad de la República (Udelar) es una institución compleja, que ha tenido un gran crecimiento y cambios profundos en las últimas décadas. En su seno no hay asuntos aislados ni independientes: su rico entramado obliga a verla como un todo en equilibrio.

La necesidad de cambios que se reclaman y nos reclamamos permanentemente no puede negar ni puede prescindir de los muchos aspectos positivos que por su historia, su accionar y sus resultados, la Udelar tiene a nivel nacional, regional e internacional. Esos logros son de orden institucional, ético, compromiso social, académico y es, justamente a partir de ellos y de la inteligencia y voluntad de los universitarios que se debe impulsar la transformación.

La Udelar es hoy una institución de gran tamaño (presupuesto anual de más de cuatrocientos millones de dólares, cien mil estudiantes, cerca de diez mil puestos docentes, cerca de cinco mil egresados por año) y en extremo heterogénea. No es posible adjudicar debilidades y fortalezas a sus servicios académicos por igual.

En las últimas décadas se han dado cambios muy importantes: nuevas facultades y carreras, multiplicación de los posgrados y formaciones terciarias, un desarrollo impetuoso fuera del área metropolitana, un desarrollo importante de la investigación y de los vínculos de la extensión con la enseñanza, proyectos muy variados y exitosos con diversos organismos públicos, participación activa en las formas existentes de coordinación con el resto del sistema educativo. Es natural que en una institución tan grande y compleja se generen visiones contrapuestas y sea vista por muchos como una estructura que es renuente a los cambios y que, por tanto, cambia muy poco.

Por ello es necesario

- a. Generar condiciones para incrementar la confianza en la seriedad y las virtudes de la institución, en particular mediante el firme apoyo a la creación de conocimiento avanzado y la enseñanza de calidad y la plena autonomía de los poderes políticos.
- b. Tomar en cuenta las necesidades sociales y productivas al concebir las formaciones terciarias y superiores y buscar para ellas soluciones superadoras que reconozcan que la Udelar no es ni debe ser la única institución a cargo de ellas.
- c. Buscar nuevas formas de participación democrática, del irrestricto ejercicio de la crítica y la autocrítica y del libre funcionamiento gremial.

El anterior Rector, Rodrigo Arocena, en la presentación de esta colección, incluyó las siguientes palabras que comparto enteramente y que complementan adecuadamente esta presentación de la colección Biblioteca Plural de la

Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic), en la que se publican trabajos de muy diversa índole y finalidades:

La Universidad de la República promueve la investigación en el conjunto de las tecnologías, las ciencias, las humanidades y las artes. Contribuye, así, a la creación de cultura; esta se manifiesta en la vocación por conocer, hacer y expresarse de maneras nuevas y variadas, cultivando a la vez la originalidad, la tenacidad y el respeto por la diversidad; ello caracteriza a la investigación —a la mejor investigación— que es, pues, una de las grandes manifestaciones de la creatividad humana.

Investigación de creciente calidad en todos los campos, ligada a la expansión de la cultura, la mejora de la enseñanza y el uso socialmente útil del conocimiento: todo ello exige pluralismo. Bien escogido está el título de la colección a la que este libro hace su aporte.

Roberto Markarian

Rector de la Universidad de la República

Mayo, 2015

Presentación

El presente texto es una versión editada de la investigación que constituyó mi tesis de maestría en Ciencias Humanas con énfasis en Estudios Latinoamericanos del Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República), defendida y aprobada en febrero de 2014.

Con el objetivo de hacer el texto más accesible, aunque sin perder la rigurosidad académica, he eliminado apreciaciones de índole metodológica.

El objetivo de la investigación es analizar los sentidos culturales (Geertz, 1996) que emergen a partir de la introducción de las tecnologías de reproducción asistida (TRA)¹ en el Río de la Plata. Me centro fundamentalmente en las dimensiones referidas a la sexualidad, la reproducción y la filiación.

Lo hago desde el marco disciplinar de la antropología social, aunque busco también incorporar aportes de otras disciplinas en aspectos que resulten relevantes para un tema que en sí mismo tiene un carácter multidimensional y por tanto necesita de una perspectiva de análisis multidisciplinar.

Elegí abordar los sentidos culturales a los que antes hacía referencia desde *el deseo* —en este caso de filiación biológica— en tanto categoría que permite interpelar el discurso médico, discurso que, apelando a ese deseo, justifica cualquier tipo de intervención. El *deseo*, como categoría analítica, atiende asimismo a los marcos de sentido que guían las decisiones y las acciones de las personas que acuden a la medicina reproductiva para materializarlo. En esta investigación entrevisto a médicos y médicas que trabajan en el área y a mujeres que han transitado diversos procesos de reproducción médicamente asistida, en tanto sujetos privilegiados para abordar ese tejido cultural.

En la construcción del deseo por parte de las TRA juega un rol fundamental el concepto de infertilidad, categoría-diagnóstico a partir de la cual tales tecnologías fundamentan su actuación. La infertilidad alude a un deseo que se presenta *natural*, pero que no puede ser satisfecho de forma *natural*. Lo natural se constituye así en una metáfora para la construcción de ese deseo del hijo desde el ámbito médico especializado, a la vez que constituye a ese ámbito como el espacio ideal para satisfacerlo.

Pero, ¿dónde se sitúan las fronteras entre lo que se entiende como natural y lo que se tiene por artificial en la práctica de la medicina reproductiva en el Río de la Plata?

Concluyo que la idea de naturaleza refiere a un orden del deseo heterocentrado, ya que desde la medicina reproductiva el deseo que se habilita, por lo menos en términos de deseo natural, es aquel que responde a lo que biológicamente

1 De aquí en más TRA. Sobre la elección de esta denominación me referiré en el capítulo titulado «La emergencia de las TRA...».

se define como infertilidad y que solo puede ser diagnosticado en una pareja infértil, y por tanto heterosexual.

A partir del análisis del discurso tanto de especialistas como de mujeres abordo los sentidos que legitiman tal presunción, así como las prácticas que reproducen inequidades socioeconómicas y fundamentalmente de género.

Agradezco a las mujeres que me permitieron acceder a sus relatos, a sus trayectorias reproductivas, que me dejaron interrogarlas acerca de sus experiencias y sus deseos de maternidad, que compartieron los recuerdos quizás más dolorosos de sus vidas y en algunos casos también los más felices. Obsta decir que sin su disponibilidad este trabajo hubiera sido imposible. También a los médicos y médicas que brindaron su tiempo y su disposición para las entrevistas.²

Agradezco también a la tutora de mi tesis de maestría, Graciela Sapriza, por su paciencia, su acompañamiento y su esfuerzo por tender puentes entre la Antropología y la Historia para así aportar desde su especificidad disciplinar.

También a Susana Rostagnol y a mis colegas y amigas del Programa *Género, Cuerpo y Sexualidad* que ella coordina: este trabajo le debe mucho a los años de aprendizaje compartido.

Por último, a la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República por otorgarme la beca que me permitió realizar esta investigación.

El hilo del deseo

¿Para la anatomía de quién ya no es un destino el cuerpo intensivo, el cuerpo deseante, el cuerpo sexualmente diferenciado, el cuerpo «de órganos sin cuerpo»? [...] Y sin embargo, ese organismo sexuado vivo tiene su propia unidad que cuelga de un hilo: el hilo del deseo en su inextricable relación con el lenguaje y, por consiguiente, con los demás.

Solo contamos con un hilo para separar la posibilidad de una nueva ética de la neobarbarie: pero eso es mejor que nada. Si se lo devana correctamente, bien puede constituir una de las mejores oportunidades que hemos tenido las mujeres de actuar en el curso de una historia que, con excesiva frecuencia, nos ha reducido al rol de meras espectadoras en el teatro de nuestra propia indignancia (Braidotti, 2000: 107).

Lejos de París... indaga en la relación entre la introducción de las tecnologías de reproducción asistida en el Río de la Plata y la construcción del deseo del hijo biológicamente vinculado (Diniz y Gómez Costa, 2006).

Parto de definir la cultura como una trama de significación en la cual los seres humanos estamos insertos y que a partir de nuestra actuación reproducimos o interpelamos (Geertz, 1996). La introducción de un saber tecnocientífico como las TRA en el contexto rioplantense impacta en ese entramado de significación generando una situación novedosa que tensa muchos de los sentidos culturales

2 En el anexo describo a las mujeres entrevistadas para esta investigación, así como a los médicos y médicas especialistas.

que nos han sostenido y que aún nos sostiene. No significa romper con aquello culturalmente avalado, sino replantear sus marcos de sentido.

Como recuerdan Latour y Woolgar (1995), cualquier tipo de desarrollo tecnológico debe estar necesariamente acompañado de transformaciones culturales que lo habiliten. La cultura establece límites a la introducción de los conocimientos y las herramientas tecnológicas; habilita algunas mientras desdeña otras, establece las maneras en que tales herramientas pueden ser aplicadas y quiénes pueden ser sus destinatarios. A esta dimensión de sentido alude la pregunta que con respecto a las tecnologías relativas a la reproducción se realiza Emily Martin (1998) siguiendo a Donna Haraway: «¿Por qué cuajan determinadas tecnologías reproductivas y no otras?». En su misma formulación advierte que existen tecnologías que un grupo humano entiende culturalmente pertinentes y otras que superan sus límites de sentido.

En su libro *La familia en desorden*, Roudinesco (2003) cita un caso ocurrido en Francia, donde a los sesenta y dos años, Jeanine Salomone trajo al mundo un varón concebido con óvulos comprados y semen de su hermano, ciego y parapléjico. Como la inseminación produjo otro óvulo, se le implantó en el útero a una madre subrogante que dio a luz a una niña, la cual fue adoptada por Jeanine Salomone. Según nuestras concepciones de parentesco los niños resultantes de esta inseminación eran a la vez hermanos, medio hermanos y primos, y en ningún caso podían reconocerse como hijos de Jeanine y su hermano, porque tal acción legal constituiría una situación de incesto. Para el registro legal eran hijos de una madre célibe y un padre desconocido. Jeanine aludió a su deseo de tener un hijo biológico para avalar su decisión.

La cultura es el marco en el cual se produce el deseo y el sujeto capaz de desear; enmarca las posibilidades, no solo de tener un hijo biológicamente vinculado, sino de producir el deseo de tenerlo. ¿Las TRA deberían atender el deseo de descendencia biológicamente vinculada de cualquier tipo de pareja o solo de aquellas que se ajustan a los preceptos de lo culturalmente aceptable? ¿Son los deseos de todas las parejas y las personas igualmente válidos para la actuación de estas tecnologías? ¿Qué tipos de deseo las validan y por tanto las producen?

Interpelar el deseo en el marco de una trama cultural —en tanto construcción— supone dos movimientos en paralelo.

Por un lado, implica interpelar la actuación biotecnológica, el discurso médico que, apelando a este deseo, justifica cualquier tipo de intervención. El deseo del hijo es, según Guthmann (2005), uno de los órdenes simbólicos que guían el accionar de la medicina reproductiva.

En segundo lugar, supone atender a los marcos de sentido que guían las decisiones y las acciones de las personas que acuden a la medicina reproductiva para materializar el deseo de tener una descendencia biológicamente vinculada, así como las formas de dominación que penetran en la posibilidad misma del deseo.

La maternidad no puede ser una expresión de libertad si se desconoce qué nos lleva a desear, y qué deseo intentamos satisfacer, y si se desconoce el precio que

pagaremos por satisfacer el deseo, y las renunciaciones que comporta (Izquierdo, 1993: 74, en Guthmann, 2005: 100).

Como advierte Foucault (2002), los mecanismos de dominación se expresan de manera discursiva, no solo coartando posibilidades de acción, sino fundamentalmente promoviéndolas. El deseo no está al margen de tales mecanismos.

Las transformaciones culturales que se generan a partir de la introducción de las TRA en el Río de la Plata no son por tanto neutrales en términos de dominación.

Me interesa centrarme especialmente en las formas de dominación de género que tales tecnologías habilitan. Más allá de las múltiples maneras en que esta categoría de análisis ha sido elaborada por las teorizaciones feministas,³ siempre supone la existencia de diferentes formas de dominación que vulneran fundamentalmente a quienes ocupan el espacio social de lo femenino. La sexualidad y la reproducción han sido y continúan siendo (Tamayo, 2001) las dimensiones de lo social en las cuales se materializa en mayor medida la dominación hacia las mujeres.

Además, advierte Rosi Braidotti (2000), la biotecnología se ha apropiado de la capacidad reproductiva en el preciso momento en que las mujeres reivindicábamos el control sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad. Las biotecnologías se adelantan ofreciendo una redefinición de lo maternal y de la sexualidad, anticipando lo que se supone que las mujeres buscan. Cuestionar las esferas de la sexualidad y la reproducción a partir de la introducción de las TRA es por tanto penetrar en el seno mismo de la dominación de género.

Pero las formas de dominación también encuentran formas de resistencia, por lo cual generan efectos de realidad a partir de relaciones de fuerza que son inestables. Resulta así productivo abordar los sentidos culturales a los que han apelado y apelan las TRA para legitimar sus prácticas en materia reproductiva en el Río de la Plata, y las contradicciones y las resistencias en el seno de estos, partiendo de la idea foucaultiana de *focos locales de poder-saber*.

Tal concepto permite pensar las TRA como un dispositivo, entre otros posibles, de despliegue de formas de dominación en el terreno de la sexualidad, la reproducción y el parentesco que se materializan en un momento y un lugar precisos, pero que dialogan con formas de dominación más extendidas.

Ningún «foco local», ningún «esquema de transformación» podría funcionar sin inscribirse al fin y al cabo por una serie de encadenamientos sucesivos, en una estrategia de conjunto. Inversamente, ninguna estrategia podría asegurar efectos globales si no se apoyara en relaciones precisas y tenues que le sirven, si no de aplicación y consecuencia, sí de soporte y punto de anclaje (Foucault, 2002: 96).

3 Hay teóricas feministas que señalan que la teoría de género significó una pérdida para los feminismos. Yo creo, con muchas otras, que teoría de género y feminismos se articulan con miras a un objetivo compartido: quebrar las diversas formas de opresión hacia determinados sujetos en virtud de su lugar en un espacio social atravesado por consideraciones de género.

La materialización de formas de dominación a partir de la existencia y la aplicación de las TRA necesita así una trama de sentido cultural que la legitime y la oriente.

La posibilidad misma de un desarrollo tecnocientífico como las TRA habla de la ocurrencia de ciertos cambios culturales, como la aceptación de una inseminación extracorpórea, pero hay otros, como el caso anteriormente citado, que aún exceden nuestros límites culturales.

Más allá de las mutuas implicancias entre desarrollo biotecnológico y cultura, también resulta relevante reconocer que existe un efecto colonizador de parte de las tecnologías biomédicas en nuestro mundo occidental moderno. Este efecto es tal que ha cambiado nuestra forma de pensar el origen de la vida y las posibilidades de la muerte.⁴ Resulta por tanto imposible obviar en el análisis la incidencia de la biomedicina y su poder en el mundo contemporáneo. Como menciona Shore (1992), con las TRA la biomedicina introduce un nuevo actor más allá de los tradicionales⁵ en la posibilidad de dar vida.⁶

La espiral de transformaciones biotecnológicas en diálogo con la cultura como red de significación nos obliga así a repensar algunos de los marcos de sentido que construyen el deseo de filiación biológica.

Tanto quienes desarrollan y aplican estas tecnologías como sus destinatarios tienen un lugar privilegiado en la (re)elaboración de tales marcos culturales. Es debido a ello que elegí abordar el impacto cultural de las TRA a partir del discurso de mujeres que han transitado diversos procesos de reproducción médicamente asistida, sea que hayan logrado o no una descendencia biológicamente vinculada (Diniz y Gómez Costa, 2006); y de médicos/as que trabajan en el área.

También tienen incidencia en la reelaboración de los marcos culturales quienes legislan acerca de las TRA, quienes establecen las políticas sanitarias con respecto a estas y algunas instituciones, como la Iglesia Católica,⁷ por su injerencia directa en las políticas reproductivas, así como por su incidencia indirecta, ya que los valores del catolicismo están fuertemente entrelazados con la cultura rioplatense. A pesar de ello, y tanto por limitaciones materiales como epistemológicas, estas instituciones y estos sujetos no son contemplados de manera

4 Braidotti (2000) menciona la incidencia de las ecografías obstétricas sobre la visualización del producto de la gestación y cómo ello ha cambiado nuestra manera de pensar el origen de la vida. En relación con la muerte, el acto de exterminar, ya no de matar, sino asesinar masivamente por medio de armas químicas y, en el caso de la reproducción asistida, la acción de ubicar más allá de la muerte al embrión en estado de congelamiento.

5 Dios, la Iglesia mediante el acto del bautismo, como un segundo nacimiento, las mujeres y el Estado.

6 El ejemplo por antonomasia de este poder de dar vida es ilustrado por el caso del llamado Dr. *Fertilidad*: el ginecólogo de Virginia (EE. UU.) Cecil Jacobson, quien inseminaba a las pacientes de su clínica con su semen haciéndoles creer que se trataba de semen de donantes anónimos. El Dr. *Fertilidad* fue condenado a cinco años de prisión, además de multas económicas.

7 En Argentina el cristianismo católico es la religión oficial, mientras Uruguay es un Estado laico desde la primera década del siglo xx.

directa en este estudio, aunque sus discursos son mencionados de manera lateral, a través de la legislación en el primer caso, de algunos artículos en lo que atañe a la religión y siempre a través de las vivencias de las entrevistadas y del sentido que los médicos y las médicas atribuyen a sus prácticas en el área. Tanto los discursos de las mujeres como los de los médicos dialogan con estos otros discursos. En esta dimensión que podríamos definir como *referencial* se ubican también algunas organizaciones que nuclean a personas interesadas en producir cambios legislativos o en dar apoyo de diversa índole a quienes transitan por procesos de reproducción asistida.⁸

Utilizando la técnica de la entrevista y a partir de una aproximación de corte cualitativo, busco *poner en diálogo* los discursos de mujeres y los profesionales médicos del área. El objetivo es comprender los sentidos que alimentan y los poderes que atraviesan el deseo de descendencia biológicamente vinculada en el marco de la introducción y la puesta en práctica de las TRA en el Río de la Plata; *comprender* las estructuras de sentido que sustentan las acciones y las decisiones de mujeres que han transitado diversas experiencias en relación con las TRA y de los y las especialistas que trabajan en el área. Son esas estructuras de significación (Geertz, 1996) las que hacen posible o imposible determinados pensamientos, acciones así como deseos.

La entrevista puede ser entendida como una forma de diálogo social, aunque con fines específicos. Al ser un modo de vinculación social, estará necesariamente sometida a la pertinencia: nadie estará dispuesto a brindar una entrevista si no valora tal instancia como pertinente (personal, social, políticamente...) (Blanchet, 1989: 103).

Las razones que tuvieron las mujeres para permitirme entrevistarlas fueron diversas. Algunas aceptaron para colaborar con la investigación o conmigo personalmente; para todas —algunas más, otras menos—, resultaba importante poder comunicar su vivencia en torno a la reproducción asistida para que otros pudieran comprender qué involucraba ese proceso en sus cuerpos, sus subjetividades, sus deseos. Para las que asumen y trabajan para que el Estado garantice un acceso universal a estas tecnologías, se trataba también de socializar la experiencia como un aporte más en ese sentido, aunque yo siempre manejé con franqueza estas expectativas que en principio desbordan los objetivos del presente trabajo. A los y las especialistas del área, por su parte, les resulta pertinente dar su punto de vista sobre el trabajo que ellos desarrollan, lo cual constituye una motivación en sí misma.

Si bien los sujetos de la indagatoria fueron las mujeres y los y las especialistas, las unidades de análisis de la información las constituyen los casos relatados por las mujeres como protagonistas principales y las formas de proceder de las clínicas, testimoniadas y fundamentadas por los especialistas del área. Casos y clínicas conforman una muestra significativa en tanto nos permiten abordar un

8 Algunas de las mujeres entrevistadas para esta investigación fueron contactadas a través de Uruguay Procrea.

objeto de análisis teórico (Guber, 2004) elaborado a la manera de una pregunta-problema, desde diferentes y relevantes lugares del entramado sociocultural.

Algunas mujeres entrevistadas han realizado únicamente tratamientos de baja complejidad, por lo cual no han llegado a plantearse asuntos como la gestación extracorpórea, pero sus testimonios permiten interrogarnos, entre otros aspectos, sobre las nociones de fertilidad-infertilidad y de deseo de filiación. Otras mujeres que sí han transitado por la reproducción *in vitro* lo han hecho con sus gametos, por lo cual la aceptación o la donación de material reproductivo de terceros o para terceros no entró en consideración en sus trayectorias; sus historias permiten pensar en procesos más complejos de intervención médica sobre sus cuerpos y sobre el material reproductivo, así como sobre la antropomorfización del cigoto-embrión-feto (CEF).⁹ Otras sí se han llegado a plantear la donación o la recepción de gametos de terceros, aunque no siempre hayan decidido aceptarla. Sus trayectorias permiten referir a aspectos como el estatuto del material reproductivo y la construcción del lazo parental cuando no existe vinculación genética, fundamentalmente en una cultura como la nuestra, en la cual los genes son el fundamento culturalmente naturalizado de tal conexión.

La primera intención de este trabajo fue entrevistar no solo a mujeres, sino también a sus parejas, varones, puesto que el énfasis estaba puesto en parejas heterosexuales. Esta idea inicial debió modificarse luego por dos razones muy diferentes. La primera de índole práctica: la dificultad de conseguir varones que estuvieran dispuestos a hablar de estos temas en una entrevista. Esta dificultad ha sido observada en otras investigaciones que han tratado temáticas relativas al campo de la sexualidad y la reproducción y puede obedecer, entre otras razones, a la feminización de este campo: como causa y consecuencia de ello los varones se sienten ajenos o no implicados directamente en tales discusiones. Como se apuntaba en el informe final de la investigación HEXCA en Colombia, investigación que ahondó en las prácticas heterosexuales y la regulación de la fecundidad —con énfasis en aborto— en Bogotá, Buenos Aires, Río de Janeiro y Montevideo de grupos de varones y mujeres heterosexuales en dos franjas etáreas:

Si bien los problemas señalados para conseguir las entrevistas fueron generalizados, la dificultad fue más marcada en el caso de los entrevistados varones y especialmente aquellos de sectores populares. Consideramos que esta diferencia corresponde a la idea generalizada de que los asuntos reproductivos incumben exclusivamente a las mujeres y en la misma vía, a que entre las redes de mujeres resulta menos engorroso hablar de asuntos reproductivos (Viveros, 2010: 46).

La misma dificultad se constató en las investigaciones HEXCA desarrolladas en el resto de los países.

La segunda razón por la cual decidí entrevistar únicamente mujeres es porque la experiencia de la reproducción, debido a múltiples razones (la gestación ocurre

9 Tomo este concepto de la tesis doctoral de la antropóloga Susana Rostagnol (2012) como forma de mencionar al producto de la gestación sin entrar en discusiones acerca de su estatus social.

—todavía— en un cuerpo femenino y la maternidad es en la cultura occidental moderna un bastión de la identidad femenina), atinge de manera específica a la mujer. En el paso por la reproducción asistida estas condicionantes culturales se transforman en acciones técnicas destinadas a controlar el cuerpo femenino.

Esto no quiere decir que los varones no vivencien tal experiencia; incluso algunos de los que transitan por tratamientos médicamente asistidos deben realizarse intervenciones médicas o seguir determinadas conductas personales —no solo sexuales— para lograr la gestación, pero tanto la cultura como la medicina reproductiva les otorga un lugar diferente al de las mujeres en ese proceso con consecuencias también específicas en sus subjetividades. Las mujeres pasan por un proceso medicalizador que no tiene correlato para el varón para quien la medicalización puede significar únicamente la realización de estudios y el aporte de semen.

Optar por entrevistar a mujeres no significa sin embargo desconocer el interés de explorar la vivencia del proceso de reproducción asistida para los varones a partir de su propio relato; las mujeres hablan de la experiencia de sus compañeros en las entrevistas, pero se trata de un relato necesariamente mediado.

Desde una perspectiva de género es de relevancia poder pensar las diferencias entre una y otra vivencia, qué lugar tienen las intervenciones sobre sus cuerpos y si el pasaje por un proceso de reproducción asistida hace que los varones vivan el evento reproductivo, la sexualidad, la gestación y el embarazo de una manera reflexivamente diferente de aquellos que no transitan por un proceso de este tipo. Fundamentalmente sería interesante abordar las experiencias de reproducción asistida desde los varones para reubicar al varón en el campo de la reproducción y no dejarlo, como habitualmente se ha hecho desde las ciencias sociales, privado al de la sexualidad (Portes Vargas, 2002). En este asunto, por tanto, la presente investigación sigue los cánones más tradicionales.

Otro factor a considerar al momento de comenzar la investigación fue si solo entrevistar a mujeres en pareja o si considerar también mujeres sin pareja que hubieran llevado un tratamiento de reproducción asistida con semen de donante, y también si todas las parejas debían ser heterosexuales o sería interesante incluir alguna pareja homosexual. La elección de mujeres en pareja heterosexual se planteaba como la opción ideal para trabajar las concepciones acerca de la infertilidad, pero ampliar el discurso a parejas homosexuales y mujeres sin pareja me permitía además transitar hacia otros aspectos de la indagatoria, fundamentalmente el deseo de maternidad en mujeres que ocupan un lugar social para el cual la maternidad no se plantea como algo social y culturalmente demandado; o para las que incluso existe «[...] un ambiente adverso para el proyecto parental [...]» (Schwarz, 2010: 94).

Finalmente opté por centrar la indagatoria en el primer grupo de mujeres, aquellas en pareja heterosexual que ejemplificaran mediante sus trayectorias reproductivas en el campo de las TRA la diversidad de situaciones posibles: tratamientos de baja y alta complejidad, con éxito y sin éxito, realizados en diversos

momentos del desarrollo de las TRA en Uruguay, y tratamientos en donde hubieran o no intervenido material genético de terceros. Asimismo mujeres que tuvieran descendencia solo como consecuencia de tratamientos de reproducción asistida y aquellas que tuvieran además hijos gestados sin intervención tecnológica mediante.

A este grupo de entrevistadas, que finalmente son doce, sumé una entrevista más: a una pareja de mujeres homosexuales. Tomé esta entrevista como caso testigo en tanto me permitía iluminar zonas relativas a los procesos de reproducción asistida que transitaban las parejas heterosexuales gracias al contraste con la experiencia de personas para quienes la *infertilidad* no resultaba de una situación definida como médica. Tanto las parejas de mujeres homosexuales como las mujeres sin pareja que buscan mediante la reproducción asistida tener un hijo biológicamente vinculado reclaman a estos tratamientos el procedimiento de fertilización con espermatozoides de donante, pero no a priori el tratamiento de una situación de infertilidad. Resulta óbvio señalar que sería interesante focalizar una indagatoria específicamente en este tipo de situaciones: mujeres en pareja homosexual o mujeres sin pareja que pasan por un tratamiento de reproducción asistida.

Las mujeres entrevistadas fueron contactadas por diversos medios: en la mayoría de los casos a través de personas conocidas que se interesaban por mi investigación y me *presentaban* a alguien que había pasado por la experiencia, en una sola oportunidad a partir de una entrevistada que a su vez me contactó con otra y también a través de la página de la Asociación Civil Uruguay Procrea. En un caso también fue la propia mujer quien, al saber de este trabajo, se presentó como una candidata a ser entrevistada. A dos de ellas las conocía previamente, aunque no de forma muy cercana. De una de ellas, contactada a través de Uruguay Procrea, siquiera conocí su nombre verdadero, porque siempre me dirigí a ella con el seudónimo que había elegido para presentarse en el portal de la organización.

La mayoría de estas mujeres fueron entrevistadas en sus casas. Una fue entrevistada en casa de un familiar que cuidaba de sus hijas mientras nosotras conversábamos, tres de ellas fueron entrevistadas en lugares públicos —restaurantes o bares—, otra en mi lugar de trabajo y otra en su lugar de trabajo. En todos los casos, excepto en dos de las entrevistas realizadas en los lugares públicos, pude contar con un ambiente tranquilo que nos permitió conversar de manera privada. En las otras dos ocasiones contamos con tranquilidad para hablar de manera abierta sobre el tema, pero el ruido ambiente resultó un tanto distorsivo, sobre todo en uno de los encuentros. Aunque sabía de antemano que no era el mejor sitio posible y que eso podía traer consecuencias al momento de realizar y fundamentalmente de desgrabar las entrevistas, preferí anteponer la decisión de ellas de ser entrevistadas en ese ámbito que mi conveniencia —personal y profesional—.

La primera de las entrevistas a mujeres la realicé el 27 de enero de 2011 y la última a fines de marzo del 2013. Los médicos y médicas uruguayos/as fueron

entrevistados a lo largo de 2011 y 2012, mientras que a los especialistas argentinos los entrevisté en marzo de 2013.

Las entrevistas fueron desgrabadas por mí en su totalidad. A partir de una serie de ejes temáticos previamente definidos¹⁰ por la pauta de entrevista y otros emergentes de la propia situación de encuentro, trabajé en adensar los sentidos culturales de las categorías de análisis: sexualidad, reproducción, infertilidad y filiación desde los aportes conceptuales en relación con el *género* y el *biopoder*. A partir de esta aproximación surgieron algunos conceptos sensibilizadores que permitieron iluminar aspectos centrales de esta investigación (Blumer en Tylor y Bogdan, 1987): *urgencia reproductiva*, *feto supervalioso*, *uterización del vínculo* y fundamentalmente *el deseo*.

A medida que avancé en las entrevistas, tanto a las mujeres como a los y las técnicos/as del área, comencé a descubrir un mundo exótico para mí: el de las TRA. Entonces descubrí que no solo se trataba de comprender los sentidos que rodean la experiencia de las mujeres que han transitado por la reproducción asistida, sino de alguna forma vivir un mismo proceso de enculturación en relación con un mundo que alguna vez les fue ajeno a ellas y que ahora descubrían para mí, cada una ilustrando en su experiencia diversas complejidades.

Localizo la indagatoria en Montevideo y Buenos Aires porque entiendo que existe una matriz ideológica compartida en ambos márgenes del Plata que permea las estructuras socioculturales y políticas en materia reproductiva y de manera concomitante con un desarrollo convergente en la reflexión desde las ciencias sociales sobre estos asuntos. Tomo así el espacio rioplatense como un territorio culturalmente único, aunque no homogéneo, distinguiendo de todos modos la procedencia nacional de las entrevistas, porque las prácticas médicas se enmarcan necesariamente en contextos sociales, sanitarios, legales, políticos y corporativos diferentes en Uruguay y en Argentina.

Y si la frontera simbólica es inexistente, la frontera física suele desdibujarse y traspasarse cuando se trata de buscar ayuda técnica para lograr la reproducción, como lo atestiguan gran parte de las mujeres entrevistadas.

El texto se organiza en cinco capítulos, además del resumen y las conclusiones.

El capítulo primero presenta el objeto de estudio y su abordaje desde lo conceptual y lo metodológico. Pongo en diálogo el desarrollo biotecnológico con las transformaciones en los significados culturales y el lugar del poder en este escenario. Busco dejar en claro el carácter biopolítico (Foucault, 2002) de la actuación de las TRA y la relevancia de la trama de sentido cultural que se desarrolla para sostener la legitimidad de los procesos de reproducción asistida.

10 Para las mujeres estos ejes fueron: sexualidad previa al ingreso al campo de la reproducción asistida, momento de ingreso a la reproducción asistida, relacionamiento con los y las especialistas, medicación y tratamientos-procedimientos.

Para los y las especialistas: cambios tecnológicos y práctica profesional, normativa y práctica profesional, sujetos asistidos y prácticas médicas, concepciones acerca de la infertilidad, procedimientos.

Apelar al *deseo* como construcción permite articular la dimensión biotecnológica con la subjetiva poniendo en diálogo la autonomía de las decisiones en el marco de relaciones de dominación.

En el segundo capítulo, titulado *Tema de estudio y perspectiva de abordaje*, defino el lugar ético, político y conceptual desde el cual abordo el tema de esta investigación, ampliando sus diversas aristas a la vez que demarcando aquellas a las que realmente me voy a abocar. El desarrollo del subcapítulo *Las razones de mis preguntas: una reflexión teoricometodológica y feminista* remarca el carácter político del abordaje, así como ilustra los vaivenes personales por los cuales transitó —y transita— mi encuentro con la reproducción asistida como tema de investigación.

También ubico en este capítulo, a partir de algunos elementos históricos, el contexto reproductivo actual en el cual se desarrollan las TRA y en el cual también las mujeres toman sus decisiones reproductivas. Me resulta esencial enfatizar el carácter altamente medicalizado de dicho contexto, apelando al biopoder (Foucault, 2002) como concepto que busca dar cuenta de las formas crecientes de control de la vida reproductiva de la sociedad y de los sujetos, y especialmente pensar la significación de los cuerpos femeninos y su capacidad reproductiva en este proceso.

En el tercer capítulo historizo y describo, de manera somera, qué son las TRA y en qué condiciones legales y sanitarias se han desarrollado y practican en algunos países del Cono Sur y más específicamente en el Río de la Plata. En él busco pincelar algunas relaciones entre ciertos avances medicotecnológicos, su implementación técnica y las transformaciones en los marcos de sentido de los y las especialistas del área con respecto a estos. A lo largo del capítulo intento asimismo esbozar algunas líneas de análisis que profundizaré en lo que sigue del trabajo.

En el cuarto capítulo analizo las consecuencias que tienen para el tejido sociocultural los sentidos dados a las TRA por parte de la medicina reproductiva en tanto herramientas que buscan paliar un problema reproductivo definido como *infertilidad*. Relativizo la definición y abordo su repercusión para la inclusión o la exclusión de algunas personas como sujetos de atención de las TRA. Sostengo asimismo que la manera en que se ha ido cercando el concepto y su alcance ha obrado en el sentido de una cada vez mayor medicalización y mercantilización de las trayectorias reproductivas.

El quinto capítulo aborda la relación entre TRA y construcción del parentesco. Profundizo en un aspecto medular de la reproducción asistida, la manipulación de materiales reproductivos, y analizo la relación entre la organización cultural del parentesco y las posibilidades y las limitaciones de esta manipulación. En este contexto de construcción de sentido en torno a las maneras de materializar el deseo de la descendencia biológicamente vinculada, me detengo en el lugar que ocupan el cuerpo femenino, pero fundamentalmente los materiales reproductivos femeninos (óvulos), en la consecución de ese deseo.

El último capítulo está dedicado a las conclusiones. En él reviso las preguntas de las cuales partí y las respuestas a las que arribé a partir de la investigación.

La pregunta central que guía este estudio es: *¿Cuáles son los mecanismos de dominación que habilita la manera en que se construye el deseo de filiación biológicamente vinculada en el Río de la Plata y los sentidos culturales que lo legitiman?*

- ¿Cuáles son los sentidos a los que apela la medicina reproductiva para avalar su actuación? ¿Qué incidencia tienen sobre las posibilidades de materializar el deseo de tener un hijo biológicamente vinculado? ¿Todos los deseos son igualmente atendidos? ¿De cuáles sentidos culturales que guían la actuación de las TRA nos informan las trayectorias reproductivas de las mujeres entrevistadas? ¿De qué manera han acompañado o resistido ellas tales sentidos?
- ¿Cómo se *traza* culturalmente la vinculación biológica cuando intervienen en el proceso reproductivo materiales genéticos de personas ajenas a la pareja? ¿Qué sentidos componen el deseo de vinculación biológica? ¿A qué sentidos apelan los y las entrevistados/as para definir la filiación?
- ¿Qué lugar tienen en los sentidos a los que apela la medicina reproductiva los cuerpos sexuados y sus materiales reproductivos? ¿Cuáles son las desigualdades de género que emergen de este proceso de significación y su consecuente actuación? ¿De qué maneras incide la procedencia sexual (masculina o femenina) del material reproductivo para establecer los sentidos culturales sobre los que se construye el vínculo filial?

Tema de estudio y perspectiva de abordaje

Las razones de mis preguntas: una reflexión teoricometodológica y feminista

Un trabajo no es muy divertido si no supone al mismo tiempo una tentativa para modificar lo que uno piensa e incluso lo que uno es (Foucault, 1979b: 229).

La decisión de estudiar el campo de la reproducción asistida estaba precedida, además de por múltiples razones de tipo académico relacionadas con poder ampliar la comprensión de procesos como la reproducción y su vínculo con la concepción de maternidad, filiación y parentesco desde la categoría de *género* incorporando la dimensión tecnológica, por una necesidad personal: intentar comprender por qué una pareja, fundamentalmente una mujer —ya que es sobre el cuerpo de la mujer donde se realizan la mayoría de las intervenciones— decide pasar por un sinnúmero de tratamientos costosos y que suponen intervenciones farmacológicas y médicas muchas veces dolorosas, con el objetivo de tener descendencia biológica. ¿Por qué buscar esta forma de descendencia y no elegir otras, como la adopción¹¹ o simplemente no gestar? Me interesaba penetrar en los significados que acompañaban el deseo de maternidad, comprendiendo, con Bestard Camps (2003: 22), que «La acción humana no tiene causas, solo significados».

¿Cuáles son los significados que acompañan ese deseo? ¿Cómo se inscriben, en ese mundo de sentidos, los tratamientos que se deben seguir para lograr la fecundación? ¿Cuáles son en definitiva las pautas culturales que inscriben la experiencia de transitar por la reproducción asistida?

11 Abordar el tema de la adopción en relación con la búsqueda de la maternidad o la paternidad biológicamente vinculada es algo que excede el enfoque propuesto para esta investigación. Aun así, fue un tema que surgió en varias de las entrevistas. En algunas de manera concreta, como en los casos de Leticia o Nirvana, ya que estas entrevistadas buscaron en algún momento adoptar. Leticia de manera ilegal, a través de un bufete de abogados, contactó a una mujer embarazada de una niña que no deseaba; ella apoyó a la mujer económicamente durante la gestación y estuvo en la instancia de parto, pero finalmente la madre biológica quiso quedarse con la niña. En el caso de Nirvana, ella y su pareja se anotaron para adoptar de manera formal, pero más tarde desistieron por motivos que ella me explicó en la entrevista, pero que aquí no interesan. En el resto de las entrevistas el tema estuvo presente de manera más o menos explícita. Resulta una obviedad señalar que para todas las entrevistadas, por lo menos en el momento en el que se encontraban, no resultaba igualmente valorado el establecimiento del vínculo parental a partir de la adopción que a partir de la materialización del hijo biológicamente vinculado. Analizar este aspecto supondría problematizar la relación entre la maternidad y la paternidad social y biológica. Pero en tanto la existencia y la justificación de actuación de las TRA descansa en el énfasis puesto en lo biológico, es en este aspecto que he definido profundizar la indagatoria.

Buscaba interpelar el deseo sin desconocer que está atravesado, capilarmente, por diversos poderes y estos poderes, como señala Foucault (1979a), no solo se viven en términos de negación, sino que producen efectos positivos.

Esta pregunta me llevaba, a su vez, inevitablemente, a pensar en otras múltiples aristas involucradas en este proceso de construcción del deseo: la relación entre tecnología y cultura, y la incidencia del poder médico en la construcción y la materialización de ese deseo; las posibilidades y las limitantes de diversa índole a las cuales se enfrentan las parejas en estas dos dimensiones, las consecuencias de los procesos de medicalización y mercantilización de la reproducción y de manera más amplia los aspectos éticos sobre los cuales estas nuevas tecnologías nos interrogan.

El siglo de la biotecnología se nos presenta como un gran trato fáustico. Vemos ante nosotros el anzuelo de los saltos de gigante y las grandes conquistas, un brillante futuro lleno de esperanzas. Pero con cada paso que demos hacia ese «mundo feliz» la ingrata pregunta «¿a qué precio?» nos perseguirá. [...] Los riesgos que acompañarán el siglo de la biotecnología son, como poco, tan ominosos como seductoros las recompensas. Enfrentarnos a la cara luminosa y a la cara oscura de la biotecnología nos pondrá a prueba, a cada uno de una manera (Rifkin, 2009: 19).

El interés por investigar la construcción del deseo para el caso de estas parejas o mujeres llevaba asimismo a interrogarme sobre mi propio deseo.

Abandonada la pretendida neutralidad del conocimiento científico, querer realizar estas preguntas —que no son psicológicas sino epistemológicas, en cuanto conciernen a la elaboración del conocimiento— me remitía a la necesidad de explorar mi propio deseo de descendencia biológica, ya que las fibras con las cuales está tejido el deseo de maternidad de mis entrevistadas son en alguna medida las mismas que sostienen mi propio deseo.

Y en esta espiral de preguntas sobre las razones del sujeto cognoscente para definir mejor el objeto de conocimiento —ver desde dónde está construido y qué sentidos lo alimentan—, y pensando en el conocimiento como algo que se construye entre ambas partes, emergían otras interrogantes: ¿en qué medida me era posible, en tanto madre de dos criaturas concebidas sin mediar intervención tecnológica, comprender la experiencia de alguien que vive con angustia el no poder gestar un hijo biológico?

Por otra parte y más allá de haber vivido los placeres y los conflictos de la experiencia de ser madre, he mantenido la convicción de que ninguna mujer debería gestar si no lo desea y que la maternidad no debería ser el parámetro esencial a partir del cual valorar a las mujeres en general. Se articulan en estas reflexiones la dimensión política de la maternidad y la maternidad como experiencia personal, dimensiones ambas presentes en el evento reproductivo. La definición que brinda Schwarz (2010) de la *maternidad* me resulta en este punto esclarecedora. La autora entiende la maternidad como fenómeno social y como experiencia singular que define como:

una arena política donde se dirimen espacios de poder, donde ese establecen — por medio de nuevas y viejas luchas simbólicas— espacios de acción, de construcción de subjetividades y de división sexual del trabajo (Schwarz, 2010: 85).

Si bien la presente investigación se centra en la intervención de las TRA en el evento reproductivo, se ubica en el marco de preocupaciones más amplias vinculadas al control de la capacidad reproductiva femenina. Acuerdo con Magnone (2011: s/p) en la relevancia de explorar los diversos modos en que este control se ejerce para reivindicar «[...] el derecho a negarnos a la condición de maternidades obligatorias a la vez que mejorar las estrategias para proteger a las maternidades de los dispositivos patriarcales».

Pensar la reproducción en su dimensión política conducía también a interrogarme sobre los valores de la intervención tecnológica en el evento reproductivo, como parte además de una espiral creciente de intervenciones biotecnológicas en las capacidades procreativas y biológicas de los seres humanos (Werneck, 2005). Las TRA, y más ampliamente los procesos de reproducción asistida, pueden entenderse así como parte de las tecnologías de la procreación, las cuales suponen «[...] el control de la capacidad de procreación de los seres humanos, ya sea de estímulo o represión [...]» (Werneck, 2005: 203). En este contexto el cuerpo femenino ocupa un lugar central.

La hiperestimulación mediante fármacos para la producción de ovocitos¹² supone, por ejemplo, un estímulo al cuerpo de una mujer con el objetivo de obtener óvulos para diversos fines. Se puede querer realizar con ellos una inseminación in vitro para esa mujer o esos óvulos pueden ser comercializados para otras inseminaciones in vitro. También se puede hiperestimular a la mujer para producir ovocitos para la investigación genética, cuyos resultados podrán redundar luego en un beneficio para privados o para la sociedad en su conjunto, dependiendo de cómo se regule el acceso a tales conocimientos. Justamente uno de los problemas que plantea el avance biotecnológico es que suele escapar al control del Estado (Braidotti, 2000), por lo que desarrolla su poder en un vacío legal. Porque además parte del poder de la biotecnología está en la posibilidad de atravesar fronteras nacionales generando un comercio de órganos con carácter transnacional que reproduce en sus mecanismos prácticas racistas y etnocentristas (Braidotti, 2000). Las gametas reproductivas también forman parte de este mercado.

La posibilidad de comercialización de los ovocitos nos pone ante uno de los dilemas éticos que genera la aplicación de las técnicas de reproducción asistida. Los óvulos pueden utilizarse para la reproducción, pero también para la investigación y eventualmente para la clonación, más allá de la restricción legal que esta práctica tenga en la actualidad.¹³ Ello puede conducir, como apunta Consuelo Álvarez Plaza (2008), a una mercantilización de los cuerpos de las mujeres y a la consideración de estos como «depósitos de partes disponibles» (Scheper-Hughes, 1996, en Álvarez Plaza, 2008). El aumento de la demanda

12 Ovocito u óvulo: «célula sexual, o gameto, femenina». Se localiza dentro de los ovarios.

13 La clonación humana está actualmente prohibida a nivel mundial.

de ovocitos puede llevar de manera concomitante a un aumento de la oferta, lo que supondría que mujeres jóvenes —porque se busca donantes de no más de 35 años—, se sometan a procedimientos de hiperestimulación ovárica con las consecuencias que tales tratamientos pueden generar: problemas en la función renal, hepática, respiratoria y hematológica (Álvarez Plaza, 2008). Al consumo de hormonas se suma además el procedimiento de punción folicular mediante el cual se extraen los ovocitos, procedimiento que se realiza en la mayoría de las clínicas rioplatenses bajo anestesia general.¹⁴

Si bien en reproducción asistida no se habla de venta de gametos, sino de una compensación monetaria por las molestias a las cuales se somete a la mujer, otorgándole así un carácter altruista a la donación, habría que interrogarse, con Álvarez Plaza (2008), sobre cuál es el valor de lo que se pone en juego y en definitiva qué es lo que se comercializa. Una de las médicas entrevistadas se refería al perfil altruista de la donación de ovocitos:

No digo que sea garantido el perfil altruista, porque hay dinero en el medio. Es mucho lo que tienen que hacer, yo no lo haría, por más buena que sea. «Esperá un momento, si tengo que perder de ir a trabajar, me van a pinchar, por lo menos dame algo a cambio». Entonces por lo general es el perfil de una mujer altruista, que ya tiene hijos y que dice «Yo estoy perdiendo óvulos todos los meses, si a alguien le pueden servir, yo se lo doy». «No, pero mirá que te tenés que...», «Ah, no», «Pero mirá que te regalan mil dólares», «Ah, bueno, está bien, porque le tengo que hacer la fiesta de cumpleaños al nene», y le hace con los mil dólares el cumpleaños al nene, que antes no lo podía hacer (Médica A, Uruguay, institución mutual).

En el Río de la Plata la obtención de óvulos para un tratamiento de reproducción in vitro puede hacerse mediante dos tipos de procedimientos —donación pura o donación mixta—, cuyas descripciones e implicancias desarrollaré en capítulos posteriores.

Esta mercantilización de los cuerpos es solo una de las puntas del iceberg de los dilemas éticos a los que como sociedad nos enfrentan los procesos de reproducción asistida.¹⁵ También hay otras aristas, algunas las abordaré en detalle, mientras otras serán solo enunciadas.

Una de estas aristas es el límite de la *necesidad médica*, esto es, cuándo realmente hay una situación que requiere la aplicación de las técnicas de reproducción asistida. Los casos de algunas de las mujeres entrevistadas, con embarazos técnicamente mediados y otros *naturales*, nos colocan frente a esa interrogante. Algunos médicos que trabajan en reproducción asistida ofrecen a las parejas diversas terapéuticas para lograr la gestación antes de recurrir a procedimientos de baja o alta complejidad. De todas maneras es siempre un especialista en el área el que está

14 Uno solo de los especialistas entrevistados mencionó que en la clínica que él dirige este procedimiento se realiza con anestesia local.

15 Resulta obvio señalar que la mayor parte de las entrevistadas no se interroga sobre estas posibles implicancias, porque piensan en las decisiones reproductivas como decisiones puramente individuales, acorde con lo que nuestra cultura impone.

formalmente autorizado, por un saber que lo legitima, a establecer la diferencia entre una situación que necesita de intervención tecnológica de otra que puede prescindir de ella, por lo menos en una primera instancia. La necesidad médica se constituye así en una arena de disputa en donde la palabra que vale es la del especialista; es a él o ella a quien las mujeres le dan su confianza, confianza que los médicos y médicas deben a su vez mantener con resultados positivos.

Otro aspecto problemático refiere a si se debe considerar que las TRA ayudan a materializar un derecho —el derecho a la reproducción, a materializar el deseo de reproducción biológicamente vinculada— o a paliar un padecimiento. Esta definición es clave en cuanto habilita o niega, por lo menos en términos culturales, el acceso de determinados sujetos a estas tecnologías.

En teoría, las TRA permiten la reproducción de un hijo biológicamente vinculado en parejas homosexuales, travestis, transexuales u hombres o mujeres solteras; sin embargo la materialización de esta posibilidad encuentra múltiples obstáculos —que van desde el impedimento a la obligación de pasar por ciertos procedimientos innecesarios— en la práctica. Como señalábamos anteriormente, las posibilidades biológicas no se traducen necesariamente en posibilidades culturales. En los casos de parejas homosexuales, porque no se ajustan a los preceptos de la heteronormatividad, ya que nuestra matriz sociocultural se sostiene en normas que privilegian la heterosexualidad de mano de la homofobia o la devaluación cultural de la homosexualidad (Fraser, 1998). Y aquí aparece nuevamente el deseo; los límites culturales del deseo en el ámbito de la reproducción dejan fuera del acceso a las TRA a todos estos sujetos para quienes la reproducción no se presenta en la *naturaleza de sus relaciones sexuales*; el pensar las TRA como la solución a un problema de infertilidad avala esta exclusión. Pensarlas como la posibilidad de acceso a un derecho genera otras interrogantes: ¿Quiénes son los sujetos que podrían demandar ese derecho? ¿Puedo por el deseo de materializar mi derecho a la reproducción poner en juego mi derecho a la salud? ¿Podría considerarse parte del estado de bienestar total el poder tener un hijo biológicamente vinculado si es lo que se desea, aunque para ello la mujer deba someterse a diversos tratamientos de los cuales aún no se conocen fehacientemente sus consecuencias? Pero, ¿qué pasa cuando para materializar ese derecho es necesario vulnerar a otra mujer en sus derechos?, por ejemplo para obtener óvulos. ¿Alcanza la retribución económica? O en otros términos, ¿son intercambiables derechos y dinero?

En la Conferencia Internacional sobre TRA, ingeniería genética y salud de la mujer, realizada en Bangladesh en 1989, el movimiento feminista consideró a las TRA peligrosas para la salud de las mujeres. Además las calificó de deshumanizantes y eugénicas (Oliveira, 2001).

En párrafos anteriores me refería a la mercantilización del material biológico, fundamentalmente ovocitos, pero los aspectos relativos a la comercialización en reproducción humana abarcan otras dimensiones. La mercantilización del material reproductivo, pero también de otros órganos de manera más extensiva,

genera la ilusión de su carácter intercambiable: un útero vale lo que cualquier otro útero si el objetivo es gestar. Sin embargo esta supuesta intercambiabilidad encubre relaciones jerárquicas (Braidotti, 2000). En el análisis sobre la donación de óvulos sostengo que también se produce esta ilusión: los lugares de donante y receptora no son en la práctica lugares intercambiables.

Resulta inquietante a este respecto el turismo reproductivo en India, sobre el que algunas investigaciones se detienen (Amador Jiménez, 2010; Roy, 2011). En este país los bajos costos de las clínicas y lo poco que se abona a las mujeres subrogantes, sumado a una legislación poco restrictiva, habilita a muchas parejas a realizarse allí parte del tratamiento in vitro, a pesar que, como advierte Amador Jiménez (2010), los óvulos y el esperma — cuando se necesita también— procedan de países del denominado Primer Mundo, reproduciendo así patrones eugenésicos que valoran determinados rasgos fenotípicos, y se supone también de personalidad, por sobre otros que se definen como indeseados. Estas acciones también reproducen violencias de género, ya que las mujeres subrogantes están a merced del poder, no solo de los médicos y las parejas contratantes, sino de sus maridos, que en la mayoría de los casos son los que firman el contrato y se encargan que la mujer cumpla con todos los requisitos para que el embarazo llegue a buen término (Amador Jiménez, 2010). Como contracara, las propias mujeres señalan que muchas veces estos embarazos les permiten gozar un tiempo de buena alimentación, vivienda y descanso (Roy, 2001).

Esta práctica replantea asimismo el valor diferente que tiene un feto que en la legislación india puede ser abortado —en general se elige abortar los de sexo femenino—, y otro subrogado que debe llegar a término (Amador Jiménez, 2010). Pero más en general el recurso a las TRA para lograr la descendencia y la compli- cidad de la sociedad toda en este proceso nos coloca frente a un dilema ético que Güezmes (2005) plantea de manera descarnada en términos de pagar mucho por una criatura que no existe mientras se deja morir a miles que ya existen.

Otro dilema ético se nos presenta cuando en el campo de las TRA se habilita la selección de embriones con el objetivo de lograr un hijo del sexo deseado o de evitar la transmisión de patologías, generalmente hereditarias. En este proceso de selección se descarta para la transferencia al útero a aquellos embriones que puedan portar estas enfermedades o que no *porten* el sexo que la pareja o la mujer desea. Para algunos estas prácticas podrían calificarse de eugenesia, una ideología que, como demuestra Sapriza (2001), ha estado en el corazón de muchas de las políticas que en materia poblacional han llevado adelante Uruguay y Argentina en los comienzos del siglo xx. Así, si bien los debates sobre la eugenesia no aparecen con las TRA, en el contexto de desarrollo de estas tecnologías, cobran una renovada importancia (Güezmes, 2005).

Todas estas consideraciones están presentes, de manera más o menos frontal, al abordar la incidencia en la dimensión cultural del ingreso de las TRA al Río de la Plata. Se trata de comprender una arista mínima de un fenómeno que abarca una suma infinita de complejidades.

Retorno así el comienzo, a la pregunta por el sentido del deseo. Abordar la reproducción en estos términos resulta un campo fértil —asumiendo la paradoja— para pensar su carácter político, social y cultural enhebrándolo con la experiencia de los sujetos particulares. Mi intención es aportar al debate sobre las implicancias culturales de las TRA desde el campo disciplinar de la antropología, aunque incluyendo aportes provenientes de otras disciplinas y desde un abordaje cualitativo y centrado en entrevistas, pero también con un enfoque crítico y feminista que invite a desmontar las estructuras de poder que orientan nuestros deseos.

Tecnologías de reproducción asistida, biopoder y género

Las TRA, señalaba Braidotti (2000), se apropian de la capacidad reproductiva. Podemos leer esta apropiación en varios sentidos: en cuanto a quiénes pueden desear reproducirse biológicamente, cómo se construye ese deseo y cuáles son los modos adecuados para transitar hacia su materialización. Tal apropiación no refiere por tanto solo a la intervención tecnológica en el proceso mismo de la gestación (Corrêa, 2001 en Ramírez-Gálvez, 2009), sino también en el terreno de la sexualidad, así como en la construcción de los vínculos de filiación biológica que se entiende pertinente o no asistir.

Se materializa así un control que se extiende a todas estas esferas y que puede ser analizado en términos de *biopoder* (Foucault, 2002) o poder sobre la vida.

El biopoder, como cualquier otra forma de poder, puede ser comprendido con base en una serie de proposiciones (Foucault, 2002). En primer lugar no es algo que se posea, sino que se ejerce; así es que a través de la puesta en práctica y los sentidos que orientan el accionar de las TRA podemos acercarnos a las maneras en que este se hace presente.

Las relaciones de poder no forman parte de una superestructura, sino que son inmanentes a otro tipo de relaciones; tampoco tienen un papel únicamente prohibitivo, sino antes que nada productivo. El deseo del hijo como marco de justificación para la intervención tecnológica con fines reproductivos permite rescatar este aspecto del biopoder:

La relación de poder ya estaría allí donde está el deseo: ilusorio, pues, denunciarla en una represión que se ejercería a posteriori; pero, también, vanidoso partir a la busca de un deseo al margen del poder (Foucault, 2002: 79).

El poder no supone necesariamente una oposición entre dominantes y dominados, sino que «[...] Las grandes dominaciones son los efectos hegemónicos sostenidos continuamente por la intensidad de todos esos enfrentamientos» (Foucault, 2002: 91). Si bien las relaciones de poder están dirigidas a un objetivo, esto no quiere decir que su ejercicio resulte de la opción de un sujeto individual. Donde hay poder hay resistencia y por tanto esta no es exterior a aquel. Especialistas del área y mujeres entrevistadas comparten las mismas tramas de sentido; ambos plantean también en ellas sus acuerdos, sus desacuerdos y sus resistencias.

El biopoder se desarrolla de dos maneras esenciales: a partir de controlar el cuerpo individual como tal (*anatomopolítica del cuerpo humano*) y el cuerpo individual en tanto soporte de los procesos biológicos que hacen a todo el cuerpo social (*biopolítica de la población*).

En cualquiera de estas dimensiones el biopoder ha tenido como sujeto privilegiado de control al cuerpo femenino, ya que se ha entendido que este cuerpo ocupa un lugar central para la reproducción biológica pero también cultural de cualquier grupo humano.

Como consecuencia de ubicar conceptualmente la base de la opresión femenina en las posibilidades reproductivas del cuerpo femenino, algunas feministas plantearon la necesidad de abdicar de la maternidad como única vía para conseguir la liberación femenina. En este sentido las TRA también fueron vistas por algunas feministas como la posibilidad de desligarse de las funciones de gestación y con ello de la dominación masculina, no proveniente de los varones, sino resultado de las estructuras de dominación de género reproducidas como parte del orden cultural (Bourdieu, 2000).

En cuanto al control del cuerpo femenino como soporte de los procesos biológicos que hacen a todo el cuerpo social, voy a mencionar solo dos dimensiones que han sido objeto del interés de los estudios de género y que tienen relevancia para la presente investigación.

Una de estas dimensiones es el parentesco, en tanto conjunto de prácticas que dirigen las formas de dependencia humana, incluyendo el nacimiento, la crianza, pero también las redes de solidaridad y de apoyo (Butler, 2003); supone así tanto lazos de filiación como de alianza (Strathern, 1995). Sobre la actuación del biopoder en la construcción del parentesco, teóricas como Kaja Finkler (2000) han destacado la relevancia que actualmente se le otorga a la genética en la prevalencia de ciertas enfermedades, particularmente el cáncer de mamá, señalando que lo que existe actualmente es una *medicalización del parentesco*. Otros aportes teóricos han abordado las relaciones entre parentesco en su vínculo directo con las TRA: Jeanette Edwards et al. (1999), la obra editada por Edwards y Carles Salazar (2009), Joan Bestard Camps (2003), Carol MacCormack (1994), Donna Haraway (1995), la compilación de Yanagisako y Delaney (1995) y Sarah Franklin (1997).

La otra dimensión que me interesaba mencionar refiere a la actuación del biopoder sobre los cuerpos femeninos en procesos crecientes de medicalización, en los cuales se ha responsabilizado fundamentalmente a las mujeres por la sanidad social, naturalizando de esta manera su lugar de cuidadora y madre. Un ejemplo de ello ha sido el enfoque maternoinfantil que predominó en las políticas en materia sexual y reproductiva rioplatenses hasta comienzos del siglo XXI.¹⁶

16 No resulta relevante realizar un repaso exhaustivo de los diversos programas desarrollados en ambos márgenes del Plata de manera comparada, sino simplemente esbozar los más importantes con el fin de enmarcar algunas transformaciones en relación con las políticas reproductivas.

El proceso de medicalización supuso un aumento de competencias sociales de los médicos y un redespiegue de la autoridad social sobre las conductas en beneficio de la razón médica (Guthmann, 2005). Este proceso de medicalización en la sociedad rioplatense ha sido excelentemente documentado por el historiador José Pedro Barrán (1993).

Otras características han pautado este proceso, algunas de las cuales se pueden trasladar al ámbito de la reproducción asistida analizando sus implicancias en términos de poder para con quienes se asisten. En un libro pionero en el análisis teórico de ese proceso, Illich (1976) señala que la medicalización es iatrogénica, esto es, que produce efectos fundamentalmente negativos, ya que les quita a los sujetos la capacidad de control y conocimiento en relación con sus procesos biológicos, de allí el título de su obra: *...The expropriation of health*. La actuación de la medicina reproductiva reproduce estos efectos:

La reproducción asistida supone además una captura del proceso reproductivo que pasa de *la alcoba al laboratorio*, fortaleciendo la medicalización y la tecnificación y desplazando así a la mujer en el proceso (Ramírez-Gálvez, 2005).

En Uruguay se desarrolló de 1996 a 1999 el Programa Maternidad y Paternidad Elegida, en la órbita el Ministerio de Salud Pública (MSP), que instaló servicios de planificación familiar y diez centros para atender una población de extrema pobreza. Entre 2000 y 2004 se instaló el Programa de Salud Integral a la Mujer (PSIM) que se propuso una serie de modificaciones en la modalidad y la calidad de atención, pasando a tener a la mujer y a sus derechos como centro. En 2005 se crearon el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género y el Programa Infancia y Familia y Familia en Riesgo Social (MSP), cuyo propósito es optimizar los niveles de responsabilidad en salud sexual y reproductiva de adolescentes; y también se han desarrollado programas de atención a la mujer a nivel departamental. La Intendencia Municipal de Montevideo ha implementado un programa de este tipo en 1996 con veinte policlínicas que aún continúan en funcionamiento y que han logrado autosustentarse en el plano económico (AUPF, RUDA, 2008). También existen algunas leyes que buscan que las mujeres puedan acceder a sus derechos reproductivos de manera plena. La Ley 17.386 de 2001, en la que se señala el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su confianza o su elección durante todo el trabajo de parto y el parto, y la Ley 18.987, recientemente aprobada, que habilita a la mujer, dentro de un cierto lapso de tiempo y siguiendo los pasos que la ley prevé, a practicarse un aborto en un contexto hospitalario.

En Argentina, por su parte, se creó en 2002 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable para dar cumplimiento de los objetivos establecidos en la Ley Nacional 25.673, que entre otras metas estableció la garantía para la población del acceso universal y gratuito a métodos anticonceptivos. Este programa buscó también: disminuir la morbimortalidad maternoinfantil, prevenir embarazos no deseados, contribuir a la prevención y la detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias, garantizar a toda la población los servicios de salud sexual y reproductiva, y potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y reproductiva. Desde ese momento se consolidaron los programas de salud sexual y reproductiva en todas las provincias y se incrementó el número de establecimientos sanitarios en todos los niveles de atención que brindan servicios de salud sexual y reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación (2011).

En ambos países también se ha trabajado en la difusión de temas relativos a la sexualidad y la reproducción en los diferentes niveles educativos, aunque con algunas dificultades.

Otras de las características del proceso de medicalización es que se conduce de manera estandarizada, estableciendo protocolos de actuación que desconocen las particularidades de los sujetos. La medicina reproductiva desarrolla, entre otros, el protocolo de infertilidad al que más adelante me referiré.

También hay en estos procesos una tecnificación de la idea de riesgo, lo que permite configurar con base en este último un esquema de intervención especializada (Mitjavila y Vecinday, 2011). Pensándolo desde la actuación de la medicina reproductiva, el concepto de riesgo da lugar a una serie de intervenciones técnicas sobre los cuerpos y los materiales reproductivos —control de ovulación, control de la sexualidad, congelamiento de óvulos y esperma, control del nacimiento, entre otras muchas— que se fundamentan en razones de índole técnica.

En el marco de la aplicación de las TRA la medicalización cobra toda su magnitud de la mano de un desarrollo que se erige incuestionable: el científico. El lugar del sujeto y del cuerpo femenino en este nuevo contexto de avances biotecnológicos y de fuerte medicalización hacen inevitable recurrir a la noción de género en tanto categoría de análisis que nos permite aproximar una comprensión en relación con las estructuras de dominación que colocan a los sujetos femeninos —fundamentalmente pero no únicamente mujeres— en lugares de subordinación. Especialmente en las dimensiones de la reproducción y la sexualidad y en el espacio de la medicina, terrenos en los cuales se producen las mayores vulnerabilidades para los sujetos femeninos (Tamayo, 2000).

Así, en el marco de una serie de disputas conceptuales sobre cómo construir la categoría género (Jelin y Valdés, 1999), sostengo que el *género*, en tanto categoría de análisis, resulta imprescindible para abordar los mecanismos de poder que sostienen la implementación de las TRA en el Río de la Plata y las maneras culturalmente adecuadas para materializar el deseo del hijo biológicamente vinculado.

Tomo la definición clásica de Scott (1996), ya que permite abordar diversos aspectos de las relaciones de poder en este ámbito. Para Scott (1996) hay dos dimensiones que pueden distinguirse en la categoría *género*. La primera refiere a cómo esta nos permite analizar las relaciones sociales basadas en las diferencias sexuales. Existe una construcción cultural de la sexualidad que administra relaciones sociales en términos de género. En esta dimensión se encuentran los símbolos que representan lo masculino y lo femenino, las normas que nos permiten interpretarlos, las organizaciones, las instituciones y las nociones políticas que indican cómo concebir estas relaciones y la identidad subjetiva que construyen los individuos en relación con tales diferencias.

En el campo de la reproducción asistida podemos considerar que ocupan un lugar femenino los varones con impedimentos para concebir, fundamentalmente porque la relevancia del factor masculino como causa de la esterilidad fue reconocida hace poco tiempo; antes el esperma era concebido como naturalmente fértil (Portes Vargas, 2002). Además, en el imaginario cultural, la imposibilidad del varón de producir una gestación se asocia, de manera simbólica, a la impotencia.

Destaca Hérítier (2007), refiriéndose específicamente a la vasectomía,¹⁷ que cuando se atenta contra el esperma simbólicamente se atenta también contra la virilidad. Se procesa una forma de castración simbólica que deja al varón fuera del orden de género dominante en el cual la identidad masculina está fuertemente vinculada a la potencia sexual. Anota además la autora que, mientras que la identidad masculina se fundamenta simbólicamente en el orden de lo sexual y por tanto la anticoncepción masculina atenta contra esta, en el caso de las mujeres lo que va en contra de la identidad femenina no es la anticoncepción, sino la menopausia.¹⁸ Esta reflexión resulta significativa para este estudio, ya que la menopausia marca también el fin de la posibilidad de engendrar para la mujer.

También resulta interesante articular la necesaria presencia de gametos femeninos y masculinos para lograr la reproducción, lo cual actualiza la dicotomía sexual femenino-masculino, con las posibilidades de construir una filiación biológicamente vinculada para parejas homosexuales en las cuales esta dicotomía sexual no se actualiza en el orden de lo sociocultural.

Una segunda dimensión del género permite partir de esta categoría para pensar las formas en que se estructuran las relaciones de poder.

Desde la década de los noventa algunas teóricas feministas se han ocupado de echar luz sobre las interrelaciones entre los desarrollos biotecnológicos, las subjetividades en juego y la representación de los cuerpos y sus capacidades reproductivas. Sobre el vínculo entre tecnologías biomédicas y vivencia de los procesos reproductivos, resultan de especial interés los estudios que antropólogas como Rayna Rapp (1997) y Marilyn Strathern (1992, 1995) han desarrollado sobre la incidencia de tecnologías como el monitoreo fetal, la aminosentesis y las ecografías en la percepción del producto de la fecundación. La antropóloga social y también partera española Consuelo Álvarez Plaza (2006, 2008), por su parte, ha desarrollado una serie de investigaciones en torno a la reproducción asistida poniendo el énfasis, en la última de ellas, en la donación de gametos, proceso que alude directamente a la representación de la capacidad reproductiva del cuerpo.

Las maneras que la biomedicina ha tenido de conceptualizar los cuerpos también ha respondido y responde a lógicas generizadas. El cuerpo femenino ha sido construido por la biomedicina como complemento del cuerpo masculino y por tanto de menor categoría. Ya en los años ochenta la teóricas feministas habían advertido sobre la ausencia de neutralidad en relación con el género en los procesos de construcción del saber y la tecnología biomédica, de la mano de la denuncia *del mito del cuerpo natural* (Tamanini, 2009).

El cuerpo *natural* era el cuerpo masculino; su opuesto, el femenino. Como consecuencia de estas lógicas generizadas de comprensión de los cuerpos, la vagina era representada en los tratados clásicos de anatomía como un pene invertido (Laqueur, 1994).

17 Procedimiento de esterilización masculina.

18 La menopausia es la última menstruación.

El surgimiento de la ginecología como rama médica en la cual se inscribe la actuación de las TRA es un ejemplo de esta manera de comprender el cuerpo femenino. La razón de su surgimiento radicó en la importancia de controlar los procesos de este cuerpo, *naturalmente* inestable —un atributo culturalmente negativo— a consecuencia de los cambios producidos por el aparato reproductor (Rohden, 2001 en Schwarz, 2010)¹⁹ y en contraposición a un cuerpo masculino, estable *por naturaleza*. Esta especialización llevó a depositar la mirada ginecológica no solo en instancias como la concepción, la gravidez y el parto, sino también en otras, como las relacionadas a las prácticas sexuales.

Con respecto a la reproducción, la ciencia occidental moderna nutrió a nuestra cultura de preceptos fundados en el modelo de dimorfismo sexual que creó en el siglo XVIII a los sexos como dos, biológica y mentalmente distintos y excluyentes: uno femenino, capaz de concebir, y otro masculino, que solo aporta en el momento de la fecundación (Laqueur, 1994). Esto tiene su correlato a nivel sociocultural en el proceso de maternalización según el cual la mujer alcanzaría la femineidad verdadera y su completud como persona solo a partir de la maternidad. La biologización de este hecho constituye la base del *instinto materno* (Badinter, 1991) y más tarde la denominada *ideología de una maternidad intensiva*: un modelo genéricamente marcado que aconseja a las madres invertir una enorme cantidad de tiempo, energía y dinero en la crianza de los hijos (Hays 1998 en Paredes, 2003).

Por otra parte, y en relación específicamente con los procesos y los materiales biológicos en los cuales la ciencia biomédica se centra para explicar los procesos reproductivos, el énfasis colocado en la producción de gametas masculinas, millones cada día, en comparación con el óvulo único que la mujer produce cada mes, marca también una evaluación diferencial de uno y otro aporte: la menstruación y la espermatogénesis no se representan desde la ciencia como procesos análogos.

[...] culture shapes how biological scientists describe what they discover about the natural world. Is this were so, we would be learning about more than the natural world in high school biology class; we would be learning about cultural beliefs and practices as if they were part of nature (Martin, 1991: 485).²⁰

Las metáforas que acompañan la descripción de uno y otro proceso, señala Martin (1991), aluden al *exceso* en el caso de la producción masculina de gametas; esto a pesar de que un solo espermatozoide alcanza para la fecundación, el resto se pierde en el proceso. En comparación, el óvulo aparece definido por su

19 Profundizaré sobre la importancia de considerar la categoría género para este y otras dimensiones del análisis en el capítulo La necesidad de incorporar la categoría género y medicalización para comprender la dimensión del fenómeno.

20 «[...] la cultura da forma a la manera en que los científicos describen el mundo natural y los descubrimientos sobre este. Conforme esto, en las clases de biología hemos aprendido mucho más que del mundo natural, hemos estado aprendiendo los significados y las prácticas culturales como si estos fueran parte de la naturaleza» (La traducción es mía).

pasividad, su fragilidad y su dependencia. Se visualiza de este modo lo que señala Oudshoorn, como las tecnologías

[...] play an important role in stabilizing or destabilizing such convention creating new or reinforcing existing performances of gender (Oudshoorn, 2004: 352).²¹

La utilización de drogas para estimular la producción de ovocitos en las mujeres que son médicamente asistidas para lograr la reproducción busca de alguna forma homologar el cuerpo femenino al masculino (Tamanini, 2009), provocando la generación de material reproductivo femenino *en exceso*.

Al énfasis en la cantidad de espermatozoides que se producen en una sola eyaculación, más allá de que solo uno sea el responsable de la fecundación, se suma la idea del espermatozoide como el factor activo que penetra en el óvulo —pasivo— para fecundarlo. El desarrollo de algunos procedimientos de reproducción asistida, como la inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), que supone inyectar un espermatozoide en un óvulo para fecundarlo, sería el correlato técnico de esta concepción cultural, desarrollo que podría ser explicado en desmedro de otros posibles por esta concepción que deviene naturalizada. De hecho, como historiza Martin (1991), a fines de la década de los ochenta en el Hospital Johns Hopkins (EE. UU.) se realizó un nuevo descubrimiento que quitó al óvulo su legado de pasividad: tanto los espermatozoides como los óvulos poseen en su contorno moléculas adhesivas que permiten su unión. Ello se tradujo en la visión del óvulo «[...] as an aggressive sperm catcher [...]» (Martin, 1991: 493).²² De todas maneras aún hoy y en el contexto rioplatense, cuando al varón se le da un diagnóstico negativo con respecto a la posibilidad de fecundar de sus espermatozoides, los adjetivos que se utilizan para dar cuenta de esta imposibilidad de su material reproductivo son: «espermatozoides lentos», «espermatozoides estresados», entre otros.

Estas concepciones y sus consecuentes desarrollos tecnológicos no son neutrales al género solo en lo conceptual, sino que tienen incidencia en prácticas concretas. El procedimiento de la ICSI es un ejemplo paradigmático de cómo, a consecuencia de una tecnología específica, la ciencia puede producir un bebé biológicamente vinculado sin recurrir a gametos masculinos de un donante, que era lo que se debía hacer en la mayoría de los casos que ahora se abordan mediante ICSI —porque el problema era la ausencia de buenos espermatozoides—, pero ello supone necesariamente una mayor medicalización del cuerpo de la mujer que, con esperma de donante, podía realizarse una intervención de baja complejidad, pero que ahora con la ICSI debe pasar por la medicación que supone un proceso de alta complejidad. La ICSI también permite, al no haber material genético de un tercero, mantener la participación genética del varón de la pareja en la consecución de su prole; se trata así de preservar las bases biológicas sobre

21 «[...] las tecnologías juegan un papel importante en la estabilización y desestabilización de las convenciones, creando nuevas performances de género o reforzando las existentes» (La traducción es mía).

22 «[...] como un agresivo captador del esperma» (La traducción es mía).

las cuales se constituye el parentesco occidental intactas, aún a costa de la salud de la mujer.

Scavone (s/d) llama justamente la atención sobre cómo las TRA reproducen las concepciones del parentesco, así como los patrones de maternidad y paternidad. A partir de un estudio realizado en San Pablo señala que las tecnologías conceptivas no alteran estos patrones dominantes de maternidad y paternidad, en los cuales priman el nexo filial arraigado en la biología y la maternidad como constitutiva de la identidad de la mujer, pero que con estos patrones conservadores conviven otros que, si bien no pueden ser generalizados, merecen atención: el que el proceso de procrear se torne más reflexivo en el contexto de las TRA, la mayor participación de los varones en este y las implicancias de la aceptación de una paternidad heteróloga (con semen de donante) que rompería con la necesidad de anclar la filiación en la transmisión genética. De todos modos se trata de transformaciones relativas, como la misma autora advierte, y lo importante a analizar es cómo se ubica conceptualmente la incorporación de material genético de terceros (óvulos o espermia) en el proceso de reproducción asistida por parte de las parejas. Este será justamente uno de los ejes de análisis de la presente investigación.

Las TRA podrían por lo anteriormente señalado ser incluidas en lo que De Lauretis (1998) ha denominado *tecnologías del género*: un circuito complejo de técnicas, cuerpo y signos que permiten acercar a un determinado cuerpo a lo culturalmente definido como femenino o masculino. El viagra es un ejemplo de una técnica biotecnológica para cumplir con el ideal moderno y occidental masculino de la virilidad;²³ los implantes de silicona harían su parte con respecto al ideal del cuerpo femenino. En el campo reproductivo, la posibilidad de gestar el hijo, intervención tecnológica mediante, ¿haría lo mismo con respecto al ideal de lo femenino?

Estas biotecnologías inscriben su existencia en un orden biopolítico que permite ¿obligar? a intervenir médicamente los cuerpos de manera cada vez más creciente para acercarlos a los ideales de femineidad o masculinidad y apoyarlos en la construcción de instituciones culturalmente pertinentes.

23 Héritier hace alusión al carácter político de las inversiones económicas realizadas en biotecnologías destinadas al ámbito de la sexualidad o la reproducción de la mano de la patologización de determinadas situaciones. Con respecto al viagra señala la autora que «Según la multinacional Pfizer que la comercializa, treinta millones de estadounidenses podrían estar afectados por “problemas de erección” duraderos o pasajeros. Pero según la Food and Drug Administration (FDA), solo el 15 % de los usuarios sería realmente impotente. Los demás constituirían una población sensible de “hombres de cuarenta a sesenta años, preocupados por la idea de no cumplir con su parte”» (Héritier, 2007: 223).

Desarrollo y aplicación de tecnologías de reproducción asistida

Conceptualización y génesis de los procedimientos de reproducción asistida

En la primera parte de su artículo sobre la construcción de la maternidad y la paternidad en parejas heterosexuales que han pasado por procesos de reproducción in vitro en un hospital público y universitario en San Pablo, Lucila Scavone (s/d) utiliza el concepto de tecnologías conceptivas (TCS) para referirse a tales tecnologías de una manera específica a la vez que universal. El término *tecnologías reproductivas* supone diversas maneras de intervención tecnológica en relación con las funciones reproductivas, algunas de estas intervenciones tendrán como objetivo la concepción y otras la contracepción. De hecho, como subraya la autora, en ciertas ocasiones las TCS deben actuar en situaciones en las cuales ha habido una intervención previa de una tecnología contraceptiva, como la ligadura tubaria o la vasectomía. El término *tecnologías reproductivas* permitiría así captar dos procesos que pueden retroalimentarse, ya que las tecnologías conceptivas permiten revertir procesos de esterilidad quirúrgica voluntaria. La irreversibilidad del proceso es puesta en entredicho por estas tecnologías conceptivas.

Pero también el término de tecnologías conceptivas advierte sobre la imposibilidad de comprender las tecnologías reproductivas si no es considerando el desarrollo de las tecnologías contraceptivas décadas antes. Tales tecnologías permitieron la disociación entre sexualidad y reproducción: «Las técnicas de reproducción asistida hacen de esta liberación metafórica una disociación literal» (Olavarría, 2008: 238). El llamado *síndrome del nacimiento virgen*²⁴ es una muestra de ello. Sin embargo las TRA no hacen que se pueda prescindir de la reproducción sexuada, esto es, que deba considerarse el aporte de genes masculinos y femeninos, solo la clonación permitiría prescindir de ello (Portes Vargas, 2002).

Pero en el intersticio de esta disociación también se evidencia el carácter simbólico del vínculo, ya que, si bien la sexualidad coital de la pareja que desea gestar TRA mediante puede no existir, socialmente se la preasume; esto solo como un ejemplo de la reconfiguración o la reconfirmación del universo de sentidos culturales que las TRA promueven.

El concepto de *reproducción asistida*, por su parte, como también destaca Scavone (s/d), enfatiza la intervención médica en el acto reproductivo. Es por este motivo, para reforzar la medicalización de estos procesos y de la vivencia de la reproducción por parte de quienes pasan por instancias de esta índole en las

24 Se refiere a mujeres que, aún sin haber tenido relaciones sexuales, tienen hijos con semen de donante. Es un fenómeno que se ha extendido en países como Francia y Estados Unidos.

cuales el poder médico tiene un rol preponderante, que he optado por utilizar a lo largo de este trabajo el término *tecnologías de reproducción asistida*.

Los tratamientos de reproducción asistida se dividen en baja y alta complejidad. La baja complejidad comprende la inseminación artificial, intervención por la cual se transfieren espermatozoides mediante una cánula hacia la cavidad uterina, cerca de las trompas de Falopio, en el momento en que la mujer está ovulando. Este método se utiliza cuando el hombre tiene espermatozoides normales, pero escasos, y exige que las mujeres produzcan más de un óvulo por ciclo para tener más posibilidades de lograr la fecundación. Se trata por tanto de técnicas que fueron desarrolladas para lidiar con problemas de esterilidad masculina. John Hunter en Londres en 1799 y Girault en Francia en 1838 fueron los primeros en desarrollarlas. La técnica resulta polémica, porque puede aumentar el número de malformaciones en los niños engendrados mediante esta técnica, así como la posibilidad de que los varones hereden el factor de esterilidad del padre (Álvarez Plaza, 2008). El empleo de semen de donantes en tales procedimientos se remonta al año 1884 por parte de William Poncoast en Filadelfia (Álvarez Plaza, 2008).

Las técnicas de mayor complejidad, por su parte, comprenden la fertilización in vitro, la transferencia de gametos a la trompa de Falopio; la transferencia de embriones a la trompa de Falopio y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides en óvulos.

La fertilización in vitro supone la fertilización de un óvulo con un espermatozoide para producir embriones en laboratorio, algunos de los cuales serán posteriormente transferidos al útero. La transferencia de gametos en la trompa de Falopio (GIFT) supone la introducción de óvulo y espermatozoide mediante un catéter directamente a la trompa de Falopio; a diferencia de la fertilización in vitro, la fertilización ocurre en el cuerpo de la mujer, no en el laboratorio. Y como ocurre al interior de las trompas, es necesario que por lo menos una de ellas pueda cumplir con ese proceso (Sémion, 2002 en Tamanini, 2009).

La transferencia de embriones en la trompa de Falopio, por su parte, supone la realización de un procedimiento in vitro y luego la transferencia del embrión directo a la trompa de Falopio; se utiliza generalmente en los casos de embarazos ectópicos repetidos.

Por último la inyección intracitoplasmática de espermatozoides en óvulos es un procedimiento que también comienza con una fertilización in vitro, pero los espermatozoides son inyectados uno por uno en los óvulos. Se utiliza cuando existen alteraciones en el esperma.

Como señalé antes, en muchas de las situaciones en las cuales se interviene en el proceso reproductivo mediante TRA no existe un diagnóstico preciso sobre las razones de la imposibilidad de lograr y mantener un embarazo, y muchas veces no llega a brindarse un diagnóstico a pesar de que se habilite la procreación. Por ello Chantel (2004 en Schwarz, 2010) denomina *de sustitución* a aquellas tecnologías, como la fecundación in vitro y otras tecnologías afines, que no son

terapéuticas en tanto no curan la esterilidad a pesar de poder producir la concepción. Las formas de engendramientos de ellas derivadas son definidas por la autora como procreación artificial y las distingue de aquellas que sí revierten los obstáculos reversibles para la infertilidad; estas últimas reciben la denominación de *procreaciones medicamente asistidas*. La alusión al artificio supone el reconocimiento a la irrupción de la cultura como una dimensión diferente a la naturaleza. Esta forma de conceptualizar la intervención mediante las TRA no responde necesariamente a cómo se vivencia el tránsito por la reproducción en la vida de las mujeres ni como lo presentan los y las técnicos/as del área. Lo *artificial* y lo *natural* son nociones que se reelaboran en el tránsito por la reproducción asistida. Creo por tanto que la distinción propuesta por Chantel (2004) no colabora en la comprensión del fenómeno, aunque sí nos obliga a reflexionar sobre el vínculo entre la imposibilidad reproductiva y su desenlace en el escenario de intervención de las TRA.

Los métodos de reproducción asistida se institucionalizan a mediados del siglo xx, luego de la segunda guerra mundial y en el marco de una serie de importantes innovaciones científicas y tecnológicas, fundamentalmente en el área de la medicina, la genética y las comunicaciones, que acompañan la expansión capitalista, pero tienen su origen en descubrimientos previos, entre ellos los experimentos realizados a fines del siglo xviii por Lazzaro Spallazani para fecundar animales sin intervención de relaciones sexuales. Referirse a estas tecnologías con el adjetivo de *nuevas* supone desconsiderar tales descubrimientos en los cuales se sustentan los avances posteriores (Scavone, s/d).

La genética como ciencia de la variación biológica se inicia en los jardines del monasterio de Brun en Moravia, Checoslovaquia, con los estudios del monje Gregorio Mendel, que permitieron establecer años más tarde lo que hoy conocemos como Leyes de la Herencia o Leyes de Mendel [...] En 1882 el embriólogo Walter Fleming describe la división celular del núcleo y lo que posteriormente se denominó como cromosomas [...] Avery, McLeod y McCarthy en 1944 identifican el principio de transformación con el ácido desoxirribonucleico (ADN), cuya estructura covalente y proporciones siempre constantes de adenina-timina y citosina-guanina fueron establecidas por Chargaff en 1951, lo que inicia una avalancha en la investigación en este campo en la segunda mitad del siglo xx; en 1953 el biólogo americano James D. Watson y el físico inglés Francis C. Crick realizan el descubrimiento más importante de la biología moderna, considerado como la cuarta revolución de la medicina después de la asepsia, la anestesia y los antibióticos, basándose en estudios previos del comportamiento fisicoquímico de las moléculas describen la estructura tridimensional de la doble hélice del ADN, por lo que en 1962 reciben el premio Nobel (Gutiérrez-Samperio, 2002).

Según Ricardo Cruz-Coke (1999) la historia de la genética durante el siglo xx se puede dividir en tres períodos: la época clásica fundacional que abarca el primer tercio del siglo; la época intermedia (1940-1970) de los descubrimientos básicos moleculares y la época contemporánea, a partir de la década de los setenta, en que

los científicos comenzaron a manipular y a descifrar el mapa genético de las especies. Además de la aplicación de los conocimientos genéticos para la mejora de las especies vegetales y los animales comienza a experimentarse con la clonación: en 1981 se consigue el nacimiento de los primeros ratones por clonación y en 1997 de la promocionada oveja Dolly.

Rifkin (2009) señala que lo que él denomina el siglo de la biotecnología (siglo xx) ha estado movido por dos avances impresionantes: la confluencia entre la revolución genética y la computacional, pero fundamentalmente el abandono de muchos de estos logros científicos de la esfera propiamente científica —el laboratorio— para ser utilizados más ampliamente con fines comerciales. Eso nos obliga como sociedad a enfrentarnos a ellos y a generar, agregado, un diálogo crítico y ético con respecto a su desarrollo. Sin embargo este diálogo muchas veces se torna difícil, por una parte, por la presunta científicidad que se supone debería tenerse para enfrentar los dilemas del mundo de la ciencia y la tecnología, cuando en realidad se trata de avances que interpelan fundamentalmente la cultura y se explican en su marco. Y en segundo lugar, porque los avances son tan vertiginosos que el tiempo de discusión queda pretérito.

El impacto social de los avances en el campo de la biotecnología y la genética se hizo palpable con la clonación de la oveja Dolly y todo lo que este hecho suscitó a nivel mediático. De manera quizás más silenciosa, en 2005, a partir del ambicioso programa de investigación llamado Proyecto Genoma Humano en el que participan investigadores de varios países, se dio a conocer la cartografía completa del patrimonio genético de nuestra especie.

En medio de esta vorágine y en lo que refiere estrictamente a la medicina reproductiva, en 1966 se hace posible el diagnóstico prenatal por medio de la amniocentesis. Es también en esos años, más específicamente en 1969, que se empieza a experimentar con los métodos de fertilización in vitro: se recoge un óvulo, se lo fertiliza en el laboratorio y luego se transfiere al útero; el objetivo es vencer la esterilidad tubárica, la cual puede tener sus causas en alguna infección pélvica, bloqueo tubárico o endometriosis²⁵ (Tamanini, 2009). Estos intentos dan el primer resultado positivo: en 1978 nace en Inglaterra Louise Brown, primer caso exitoso de nacimiento de un bebé fruto de un óvulo fecundado fuera del útero. El procedimiento fue efectuado por el ginecólogo Patrick Steptoe y por el biólogo Robert Edwards. El proceso de fertilización se inicia en las trompas de Falopio y luego los embriones así producidos se transfieren al útero (Sommer, 1999).

El desarrollo vertiginoso de estas tecnologías, los casos de clonación de animales y los debates acerca de una posible clonación de seres humanos, despertaron inquietud a la vez que fascinación a nivel mundial. La novela de ciencia ficción *Un mundo feliz* es solo uno de los ejemplos de ello.

25 Supone una localización anormal del tejido interno del útero, el endometrio.

Todos los procedimientos de reproducción asistida, pero más aquellos de alta complejidad, suponen que la mujer deba someterse a una estimulación hormonal, procedimiento del cual no se conocen aún las consecuencias, pero se supone que podría alterar diversas funciones anteriormente mencionadas y llevar a una menopausia precoz (Sommer, 1999).

Aunque no siempre es necesario, en algunas situaciones de aplicación de estos procedimientos, fundamentalmente cuando se utiliza material genético de terceros, aunque no necesariamente —pueden suceder casos de utilización de material genético de uno de los integrantes de la pareja que, por razones de diversa índole, hubiera decidido preservarse—, se procede a recuperar gametos congelados. La criopreservación de semen se inicia en 1953 con Bunge y Sherman y permite conservar espermatozoides obtenidos mediante masturbación después de un período de 3 a 4 días de abstinencia o por biopsia testicular según el caso a $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$ (Álvarez Plaza, 2008).

Tanto en Uruguay como en Argentina existen bancos de semen, ya que para las clínicas no se justifica montar uno y menos aún en la actualidad, cuando a consecuencia del desarrollo y creciente uso de la técnica de icsi, la necesidad de semen de donante es menor que antes. La utilización de icsi hace que un embarazo que antes se lograba solamente con semen de donante ahora pueda lograrse utilizando este procedimiento con semen del varón de la pareja, pero ello a su vez implica que la intervención deja de ser de baja complejidad y pasa a ser de alta complejidad con la concomitante mayor medicalización del cuerpo femenino. En términos de parentesco, el varón puede participar con su material genético en la gestación. Desde una perspectiva de género, este procedimiento implica, como lo advertía Álvarez Plaza (2008), un desplazamiento de la intervención hacia el cuerpo de la mujer con las consecuencias que ello supone. Como señala uno de los médicos entrevistados, los varones *se salvaron* de la donación; el parentesco mantiene su pureza,

La donación de semen bajó. Porque apareció el icsi y muchos que antes iban a donación de semen se salvaron con el icsi, pero todavía sigue habiendo. La donación de semen es lo mismo. Nosotros nos manejamos con un banco de semen. No lo tenemos acá, porque hay que armarlo y montarlo, pero no se justifica. Si bien con los casos que tenemos podríamos, pero bueno, lo manejás con un banco de semen, que se ocupa solamente de eso (Médico B, Argentina, clínica privada).

Uno de los médicos entrevistados en Buenos Aires señalaba que el desarrollo del procedimiento de icsi ha sido uno de los avances más importantes en medicina reproductiva; luego la posibilidad de criopreservar los ovocitos: ¿Cuáles diría usted que han sido los mayores avances en la medicina reproductiva en estos últimos años?

—Bueno, los mayores avances tienen que ver con la aparición del icsi, pero eso fue ya hace más de quince años: los cambios en los medios de cultivo que han hecho que aumente el éxito de los tratamientos. Últimamente el congelamiento

de los embriones y de los óvulos con las técnicas de vitrificación. La aparición de la vitrificación, que es un tipo de congelamiento rápido, que ha permitido que por ejemplo se puedan congelar óvulos, que antes no se podían congelar; y eso hace que pueda haber un tema de preservación de la fertilidad de tipo social, y eso lo estamos haciendo.

¿Hay muchas mujeres que hacen eso?

—Cada día más. No es mucho, pero cada día hay más. Mujeres de treinta y pico que no tienen pareja y que vienen a congelar para quedarse tranquilas de que están guardando su fertilidad para más adelante. Tampoco tiene eso un éxito muy importante, pero es una garantía, entre comillas, de que tienen chances en el futuro, porque esos óvulos congelados conservan la edad que tiene la mujer (Entrevista con médico C, Argentina, clínica privada).

La criopreservación de ovocitos supone un proceso de mayor complejidad que la preservación del semen, ya que debido a su gran tamaño y la cantidad de agua en su interior pueden ser más fácilmente dañados. La eficacia de esta técnica recién fue demostrada en 1995 (Álvarez Plaza, 2008). En las clínicas de Uruguay y Argentina esta técnica ha permitido, además de habilitar a mujeres que no desean una maternidad actual preservar sus óvulos para buscar una gestación con su material genético en años posteriores, poder utilizar óvulos criopreservados en procedimientos *in vitro* con óvulos de donante:

El embarazo viene por un buen embrión y que lo reciban bien. [...] Cuando vos estimulás al ovario para que el ovario responda, por ahí esa estimulación te crea un ambiente hostil para que el embrión implante. Por ahí decís «Lo congelo en este ciclo y lo transfiero en otro» (Médico A, Argentina, clínica privada).

Otro de los entrevistados agrega datos empíricos sobre las bondades de proceder de esta forma y también alude en su testimonio a las transformaciones que en la dimensión de la cultura han ido generando estas prácticas:

[...] hace cinco años cuando se hablaba de congelar-descongelar toda la gente decía «no al freezado». Y hoy en día te das cuenta de que es mejor. No solamente eso. Está en el registro australiano, que ellos por ley tienen que registrar todos los nacidos y aclarar cómo nacieron, se ve la tasa de nacidos vitrificados-no vitrificados, la tasa de chicos nacidos con anomalías es menor que la de la población general de recién nacidos, y que la de ciclos en fresco es superior a estos nacidos (Médico B, Argentina, clínica privada).

La criopreservación de ovocitos permite también preservar estas gametas en casos de enfermedades como el cáncer.

La vitrificación de óvulos funciona cada vez mejor, y va a llegar el día en que la mayoría de los tratamientos de ovodonación se hagan con óvulos vitrificados, lo cual te simplifica mucho, porque no tenés que hacer la sincronización de los ciclos, quizás vas a ahorrar óvulos, porque por ahí vos tenés vitrificados en grupos de cuatro y si descongelás esos cuatro y funciona, ya está, no tenés que seguir aportando más óvulos, que por ahí después sobran. Es decir, tiene cosas que son interesantes y que son las que se están evaluando para ver si funciona (Médico A, Argentina, clínica privada).

Los/as médicos/as ven la criopreservación de óvulos en mujeres con un proyecto maternal a largo plazo como una manera de actuar preventivamente en el campo de la reproducción:

Nosotros empezamos con una campaña para que la mujer se informe y concientice, [...] para que congelen óvulos. Y eso no tiene éxito, siguen viniendo mujeres de más de 37 años para congelar. Y a nivel mundial no tienen éxito esas campañas, porque la mujer a los 30 años, o el hombre, son mortales (Médico A, Argentina, clínica privada).

Aparece así la noción de riesgo a la que antes aludía: actuar preventivamente supone evitar riesgos a futuro. Se busca además preservar la posibilidad de una maternidad biológica y evitar así que la mujer tenga que pasar, cuando desee tener descendencia, por un proceso de ovodonación-ovorrecepción. Sin embargo, frente a este modo de proceder que hace énfasis en la preservación del material reproductivo, podríamos preguntarnos: ¿qué es lo que realmente se está buscando prevenir?, ¿la introducción de material genético de terceros en el vínculo filial para así preservar la filiación genética de los progenitores o que una-otra mujer deba someterse a procedimientos de estimulación ovárica para que esa mujer o esa pareja pueda recibir un óvulo con el cual alcanzar el hijo biológicamente vinculado? La respuesta afirmativa a una u otra de las interrogantes hablará de manera muy diversa de las prioridades biopolíticas de nuestra sociedad.

El ingreso de las TRA a América Latina

El primer *bebé in vitro* latinoamericano nació en Colombia en 1984.

Según los datos del informe 2007 del Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA), organismo creado en 1990 para, entre otros objetivos,²⁶ contar con registros de la aplicación de las TRA en el continente,²⁷ el número de ciclos de TRA ha aumentado más de trece veces desde el primer registro de 1990; en el 2007 este número llegó a 34.102 ciclos. El último registro que da cuenta de los avances durante 2009 habla de 38.020 procedimientos.

De todas maneras Latinoamérica representa el 3 % de los ciclos iniciados de FIV/ICSI en el mundo.

En los 38.020 procedimientos realizados en 2009, se lograron 11.488 embarazos y finalmente 8531 partos con al menos un recién nacido vivo. De estos procedimientos 4801 involucraron ovodonación y 1107 la transferencia de un embrión descongelado. Según el informe de 2009, se registró una disminución en la tasa de parto con al menos un recién nacido vivo por transferencia de

26 El RLA tiene también como objetivos posibilitar esta información para que los profesionales de la salud y las parejas que buscan un tratamiento de reproducción asistida puedan tomar decisiones informadas y a partir de los datos también posibilitar el desarrollo de estudios epidemiológicos (Schwarze et al., 2010)

27 Debe advertirse que no existe obligación por parte de las clínicas de enviar los datos al RLA. De todas formas se cuenta en la actualidad con datos de 138 clínicas, que se manejan de manera confidencial, para también de este modo promover su divulgación.

embriones frescos y una mejoría en los ciclos en los cuales se transfirieron embriones congelados.

En cuanto a la existencia de cambios en las prácticas médicas relacionadas con las TRA en el período relevado, esto es de 2000 a 2009, un cambio de relevancia ha sido la disminución de la cantidad de embriones que se transfieren en un ciclo de fecundación in vitro. Esta cantidad ha pasado de 3,2 en el 2000 a 2,6 en el 2007 y 2009 (Schwarze et al., 2010). Esto resulta en menor cantidad de embarazos múltiples, pero también, como se señala en el relevamiento de RLA, en un mejor éxito en el logro de la fecundación y el nacimiento. Mientras que en 2000 se transferían 3,2 embriones promedio por ciclo de fecundación in vitro y se lograba tener un recién nacido vivo en el 54 % de los casos, en 2007 el promedio de transferencia descendió a 2,6 y se obtuvo un promedio de resultados satisfactorios del 60,9 %.

Este cambio también tuvo su incidencia en las prácticas rioplatenses; como señalaba uno de los médicos entrevistados:

Cuando va a hacer estimulación en los últimos tiempos hemos bajado mucho las dosis con las cuales estimulamos a las pacientes para hacer reproducción in vitro, por ejemplo, para mejorar la calidad de los óvulos. Y eso va aparejado con una cosa que yo venía observando hace tiempo: que hay pacientes que no se embarazan con un tratamiento y se embarazan solas después. Quiere decir que la calidad del óvulo sola, sin estimulación, es mejor que la calidad del óvulo con tratamiento (Médico C, Uruguay, institución mutual).

En el informe de 2009, desde el RLA se menciona que el gran desafío en América Latina es disminuir la tasa de multigestación ya que aún existe una tasa de gemelaridad de 30,2 % entre mujeres asistidas de más de 34 años. Tal objetivo implica, entre otros procedimientos, continuar disminuyendo la cantidad de embriones transferidos por ciclo. La tendencia va en este sentido.

Una focalización en el Río de la Plata

—En el momento [se refiere a comienzos de la década de los setenta] había muy poca cosa y hacíamos lo que había en el momento, que era clínico, aparte de lo que hay ahora, y sabíamos muy poco en relación con lo que sabemos ahora. Pero hacíamos estudios básicos: espermatoograma, estudios de ovulación, mucho más básicos que los que hacemos ahora, no teníamos casi dosificaciones hormonales, medíamos la temperatura basal, hacíamos seguimiento de la variación del moco cervical en el ciclo, hacíamos una cosa muy artesanal ... No había ecografías, fíjese que en 1975 todavía no había ecógrafo en el Uruguay. Yo fui a hacer el curso de ecografía cuando todavía no había ecógrafo en Uruguay... en Barcelona, en un instituto privado, y ahí aprendí lo que eran las ecografías. Recién en 1981 llegó la ecografía a Uruguay y ahí se empezaron a ver algunos ecógrafos en la actividad privada en el Uruguay.

—¿Y eso cómo cambió su práctica, o la visión de la esterilidad y sus posibilidades?

—Cambió primero la obstétrica. Fíjese que algo que yo me imaginé toda la vida, yo me emocioné cuando vi el primer feto adentro del útero... Porque placa no podíamos hacer, ver aquel niño moverse, cómo estaba situado, ver cómo cambiaba de posición, todo, para mí fue emocionante. Eso fue en el año 1977. Después fue orientándose la ecografía también hacia la esterilidad, que fue fundamental, pero eso vino mucho más tarde (Médico C, Uruguay, institución mutual).

Las TRA penetran primero en Buenos Aires y luego en Uruguay, lo que explica también que la mayoría de los y las profesionales de nuestro país hayan tenido alguna instancia de formación en el país vecino:

Bueno, mi periplo fue en Argentina primero. [...] Me prepararon para dirigir un centro de esto en Estados Unidos, en Oxford, en West Virginia, lo dirigía en ese momento Aníbal Acosta, que era un profesor argentino [...]. Él tenía una preparación descomunal, es amigo mío además tenía un centro que [es] donde se hizo la primera fecundación in vitro en Estados Unidos [...]. Ahora lo dirige un uruguayo que fue alumno mío. [...] Sergio Oehinger. Y después cuando nosotros hicimos la primera fecundación in vitro vino Oehninger y vino un biólogo americano, y tuvimos buen éxito. Es decir, nosotros tuvimos en diez pacientes dos embarazos... le estoy hablando en el año 1992, 1993. Que no era una tasa mala para aquel momento que recién se empezaba. [...] Ya habíamos mandado gente a especializarse en el exterior, la gente de laboratorio tiene que ir a especializarse en el exterior, porque acá hay muy pocos casos y no alcanza para formar a nadie, te formás en el exterior. [...] Y después fue Valencia. [...] Nosotros, por una razón nuestra, un poco interna, de acá, el centro Oxford se redujo mucho, además se había vinculado otra gente de acá, entonces acá no les gustó mucho y tuve que recurrir a otro centro tutor: [...] el Instituto Valenciano de Infertilidad, el IVI (Médico C, Argentina, institución privada). Yo estuve haciendo unas pasantías en el Instituto de Infertilidad, en Buenos Aires, y después tengo una maestría del Instituto Valenciano de Familia, soy magíster del Instituto Valenciano de Fertilidad, que es el IVI, que es uno de los principales centros del mundo y de la Universidad del Rey Juan Carlos de España. Todos tenemos que hacer así, salir. Si no salís, acá no tenés muchas opciones de formación (Médica D, Uruguay, institución pública).

Además todos los médicos y médicas entrevistados/as han pasado por alguna capacitación en Estados Unidos o Europa; de allí son también los centros médicos que certifican la actuación de los rioplatenses.

En Uruguay el pionero de la reproducción asistida fue el Dr. Gerardo Bossano. Bossano introdujo las tecnologías de alta complejidad a la vez que formó un equipo de profesionales que pudieran desempeñarse en el área. El centro en el cual desarrolló su actividad de manera pionera se llamó Centro de Esterilidad Montevideo (CEM). El CEM, como queda consignado en una publicación realizada por el propio centro,²⁸ comenzó su actividad en 1987 logrando el primer nacimiento por fertilización in vitro el 20 de marzo de 1990.

28 CEM (2002).

Una de las doctoras que formó parte del equipo del CEM reflexionaba acerca del carácter emprendedor de Bossano:

—Gerardo Bossano que es un emprendedor, un pionero, con ese perfil psicológico. Un perfil de pionero. Atrevido, en el buen sentido. Creativo. Sin miedo, con empuje, con ganas, con fuerzas, con todos los atributos de un pionero. Entonces él hacía reproducción. Yo no hacía reproducción, era una chiquilina que tenía 25 años. Él hacía reproducción, eso le pasó. Capaz que si me hubiera agarrado a mí con diez años más, hubiera tenido el empuje, pero capaz que me hubiera dado miedo la inversión que había que hacer. Él tenía las condiciones como persona, como médico para traer esa tecnología. Él venía haciendo baja complejidad y surge en el mundo la fertilización in vitro: «Esto hay que traerlo acá». Hay que traer la última novedad, que de pronto una personalidad más conservadora dice: «Pero tené cuidado. ¿Esto cuánto saldrá? ¿Y qué riesgos tendrá?»... y no hasta que no esté lo suficientemente probado. No, él no, ya te digo (Entrevista a médica A, Uruguay, institución mutual).

En la entrevista realizada a Gerardo Bossano, él hacía referencia a su formación, su vocación y el comienzo en la reproducción asistida. Destacaba también el hecho de que la reproducción asistida era algo que ya se venía desarrollando en el otro lado del Plata:

Yo me recibí en el 1975 y en el 1978 me recibí de ginecólogo y ahí un año antes me fui a Suiza a hacer microcirugía de trompas. La microcirugía de trompas era lo que se hacía antes de que hubiera fertilización [...] Cuando aparecieron las primeras fertilizaciones in vitro, que fueron en Londres, lo que se saltó la trompa. O sea que la primera causa de obstrucción tubaria por infecciones, por compromisos en ectópicos y demás, pasó a que uno sacaba el óvulo fertilizado y transfería el embrión. Las primeras se hicieron por laparoscopia, por el ombligo y se sacaban los óvulos con una dificultad bastante grande, porque no es lo mismo sacarlo como se hace hoy en día. Pero eso hizo que la microcirugía pasara a un segundo plano y que se hiciera como técnica laparoscópica complementaria. Ahí empezó la fertilización in vitro y cuando yo estuve acá del 1978 al 1985 haciendo cirugía ahí dije: «No, vamos a tener que estar más actualizados». Entonces contacté con el Dr. Sueldo, que es un argentino que es asesor nuestro y que es un excelente técnico, que estaba trabajando en Fresna, Estados Unidos. Entonces me fui para allá dos meses; después formé un grupo acá.

[...]

Primero, yo soy médico. Mi padre era cirujano. Yo a los 17 años estaba ayudando a operar en sala de operaciones [...] Entré a facultad a los 17 años y en la facultad empecé a operar, o sea que tenía una cuestión muy importante por lo que era quirúrgico. Me gustaba lo quirúrgico, no hay duda. Mi padre fue profesor de cirugía. Entonces yo tenía una vinculación muy grande con amigos de él. Empecé a trabajar con el Dr. Velloso, en el Americano, (..) y ahí con el Dr. Velloso empecé a hacer ginecología y el Dr. Martino, que es un ginecólogo muy conocido, un día me dijo por qué no hacía esterilidad. [...] Yo hice ginecología con un maestro total, que era Diógenes Álvarez, él me mandó a Estados Unidos a hacer laparoscopia, para hacer diagnóstico laparoscópico. Luego

estuve en la policlínica de esterilidad del Pereira Rossell, doce años. [...]. Fui presidente de la Sociedad Latinoamericana de Reproducción, de Fertilización In Vitro; organicé un congreso acá de reproducción, con unos tipos bárbaros [...].

—Y cuando se trajo todos los equipos para hacer fertilización in vitro, ¿no le daba temor que no funcionara o no hubiera «mercado»?

—No. [...] Porque fuimos imponiendo de a poco una necesidad que era clara, era tener todos los elementos acá para algo que si no se iban a hacer a Buenos Aires. En este país se podía hacer. A mí me ofrecieron trabajar en Suiza y quedarme allá. [...] Pero yo quería venirme a trabajar acá. Y me quedé y vine para acá, y creo que hice un buen grupo de gente. Tengo gente que siempre está conmigo, tenía como el fin de formar una clínica donde tuviera todo adentro, y compré esa casa [...]: la Clínica del Parque (Entrevista con Gerardo Bossano).

En Argentina, por su parte, la reproducción asistida ingresa con el Dr. Roberto Nicholson, quien funda el Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGYR), que funcionó hasta 1994 con el plantel de especialistas que le dio surgimiento y que desde 1985 obtuvo los primeros nacimientos mediante fertilización in vitro. Uno de los técnicos entrevistados en Buenos Aires, que comenzó su actividad hace treinta años junto con Nicholson en Cegyrr, relataba parte de esa historia:

Nosotros antes trabajábamos en una institución que [...] actualmente es CEGYR pero que no hay nadie del momento original de CEGYR. CEGYR fue una institución que fundó Roberto Nicholson, Nicholson en esa época trabajaba en el Hospital de Clínicas y estaba en algo, en un área que en ese momento se llamaba de fertilidad. Estaba postulando para director de la cátedra, y él entusiasmó a jóvenes, nosotros hace 30 años [se ríe], si queríamos hacer la parte de reproducción. Y en ese momento él había elegido a Brugo Olmedo, que hoy tiene su centro que se llama Seremas, a Nicolás Neuspiller, para que coordinara todo el proyecto [...], y a mí. Esa era la parte básica de laboratorio [...]. En ese momento no había otros centros, porque en realidad CEGYR era un lugar donde se hacía las consultas, pero el verdadero laboratorio de fecundación in vitro estaba en la Clínica del Sol Arenales, que ahora ya no está mas, ahora es un hotel. Y ahí teníamos todo un piso, todo montado con el laboratorio. Antes habíamos comenzado acá, en el Instituto del Diagnóstico, pero nos habían dado como la peor parte, porque era una cosa nueva, nadie creía Nosotros pensando en todas estas cosas dijimos: «Tenemos que tener un instituto integral, que tenga quirófano, laboratorio, laboratorio de fecundación in vitro» (Médico B, Argentina, clínica privada).

Antes de la década de los ochenta en el Río de la Plata —a pesar que ya en 1978 en Europa se había logrado el primer nacimiento por utilización de un procedimiento in vitro—, el desarrollo con respecto a estas técnicas era aún muy precario.

Luego comenzó lo que podríamos denominar una nueva era en la reproducción o la medicina reproductiva. El primer gran hito de esa era fue la fertilización in vitro:

Con el comienzo de la reproducción in vitro empieza una era de la reproducción donde el laboratorio de gametas y embriones empieza a ser la parte central de la reproducción, a diferencia de la reproducción, donde lo central era el consultorio, donde no se veía ni óvulos ni espermatozoides. Los óvulos no se veían nunca, los espermatozoides se trabajaban un poquito fuera del cuerpo del hombre, pero no se conocía la interacción del espermatozoide y el óvulo. Eso comienza con una nueva etapa, cuando se empieza a trabajar con la fertilización in vitro. Y la fertilización in vitro, en nuestro país, en la Argentina, se desarrolló en forma privada, o sea, se desarrolló fuera de los hospitales. Por lo cual los médicos, como yo, que queríamos desarrollarnos en esto, no podíamos seguir dentro de la actividad hospitalaria [...] (Médico C, Argentina, clínica privada).

Hoy se ha avanzado en tecnologías muy sofisticadas, desarrollando cada vez más los procesos de laboratorio como la criopreservación y el descongelamiento de embriones, la icsi... a un ritmo que parece menos vertiginoso, pero que aún sigue tensando nuestras concepciones culturales.

Yo ahí tenía 40 años, 39, y me puse a buscar quién podía hacer conmigo la parte de biólogo y ahí encontré al doctor [...], que es quien empezó conmigo y seguimos hasta el día de hoy. Y fueron muchos años de muchas cosas que se fueron descubriendo, que aportamos nosotros, como ser el primer icsi de la Argentina, el primer nacimiento con embriones congelados; es decir, toda una serie de cosas que realmente fueron gratificantes [...] no todos los días, pero había cambios y cosas que se aportasen, que quizás al día de hoy eso como que se frenó un poco y ahora las mejoras son más sutiles. Quizás mejorás un poco en los medios de cultivo, en los resultados, pero no había cambios bruscos como ser la aparición del primer icsi o poder congelar y que al descongelar funcionase bien (Médico A, Argentina, clínica privada).

Marco legal y sanitario para la aplicación de las TRA en Uruguay y Argentina

Como referí en un comienzo, las transformaciones en el ámbito tecnológico y científico son posibles a partir de cambios en la dimensión de lo simbólico y lo social, así como el avance de estos conocimientos y estas herramientas tecnocientíficas interpelan y van reconfigurando los marcos de sentido de las sociedades en las cuales se ponen en funcionamiento.

En este juego dialogal entre tecnología, cultura y sociedad, y pensando en cómo diversas tecnologías atraviesan diversas sociedades, pero no siempre son significadas de igual manera, María Josefa Santos (2003) advierte sobre algunas cuestiones que deberían considerarse en este tipo de análisis. En primer lugar, la necesidad de detenerse en el proceso de apropiación simbólica de una tecnología

específica para cada caso y, siguiendo con ello, buscar los elementos culturales que permiten la asimilación de tales tecnologías y las maneras en que estas se adaptan al contexto local.

Es partiendo de tales consideraciones que nos interesa pensar cómo ha sido el proceso de apropiación simbólica de las TRA desde una mirada geográfica, esto es, en ambas márgenes del Plata y también en relación con toda América Latina; asimismo cómo ello ha ido variando a lo largo del tiempo, considerando así la dimensión histórico-temporal y cómo dicha apropiación ha generado a su vez prácticas específicas. También considerar cómo este proceso se ha acompasado en el campo legislativo a partir de la elaboración —o la ausencia—, de proyectos que han buscado atender diversos aspectos relacionados con las TRA.

Cabe señalar que en ambas márgenes del Plata se aprobaron de manera reciente legislaciones para regular la actividad de los centros en los cuales se trabaja en reproducción asistida y para ampliar las prestaciones de la atención pública y prepaga. En el momento en que realicé el trabajo de campo para esta investigación, sin embargo, tales legislaciones no estaban vigentes, por lo cual el contralor para el trabajo en las clínicas privadas provenía de centros de referencia extranjeros que las auditaban y de los propios especialistas, que en Argentina se nuclean en torno a la Sociedad Argentina de Reproducción Asistida, pero que en Uruguay funcionan de manera autónoma e incluso con discrepancias en relación con algunos de los procedimientos.

El vacío legal era visto por algunos médicos como un problema y por otros como una posibilidad, a pesar de que para todos resulta importante la regulación de los procedimientos y del funcionamiento de las clínicas:

—¿Qué piensa con respecto a que no hay regulación?

—Hay que hacerla. [...] Es muy importante.

—¿Y qué cosas debería contemplar o qué cosas le parecen a usted importantes?

—Primero hay que ser honesto con esto. La falta de honestidad es una cosa muy importante. Tener la obligación de tener las cosas claras, tener historias claras, llevar los registros de manera clara, que puedan ser inspeccionados [...]. Y en segundo lugar, hay normas de las que no se puede salir. Usted, por ejemplo, no puede ponerle cinco embriones a una mujer. [...] Eso tiene que estar limitado, la transferencia que se puede hacer. Y después qué se hace con los embriones que la gente no reclama (Médico C, Uruguay, institución mutual).

Yo estuve hace poco en la Comisión de Salud del Senado y entre los planteos que hicimos fue si era mejor tener o no tener nada. Si hasta ahora, en 25 años, no tuvimos nada y no hubo ningún tipo de problema, depende un poco del concepto de grupo también, porque cuando vos sos 14 o 15 personas en un grupo, se presta a que el control y el autocontrol de las decisiones, de las posibilidades, se controlen unos con otros. Cuando son grupos de dos o tres personas, no sabés qué puede pasar, entonces por ahí se manejan medicamentos para uno y otros le presta para otros, y después estos óvulos quedaron de acá y se los puedo prestar... Estas cosas, en grupos así chicos, no es lo mejor.

No digo que funcionen así todos, pero el riesgo está y ahí sí es bueno que exista una reglamentación. [...] Yo diría no de ley, pero de reglamentación, que estuvieran controlados los centros, porque era necesario saber lo que se hace, cómo se hace y cuáles eran los beneficios que das y qué resultados tenés. Desde el punto de vista de nuestro grupo, nosotros estamos afiliados a una sociedad interamericana [donde] hay tres grupos: uno europeo, uno latinoamericano y otro interamericano, que nosotros reportamos anualmente todos los casos que tenemos y ahí Uruguay hace muchos años que está representado por el grupo nuestro con la posibilidad de que te hagan autoevaluaciones. O sea, viene gente, que viene un biólogo y un médico y que cada tres años te hace una evaluación de cómo marcha la cosa. Se quedan acá dos días o tres y te dan el aval [...] de que vos podés funcionar o te hacen las observaciones que puedas tener para mejorar las condiciones. Eso que hace que vos también estés respaldado internacionalmente, te mandan pacientes de otros lados para acá una vez que uno está avalado por esta Sociedad interamericana. Eso existe, conviene que uno esté por lo menos... Tenés que tener 50 casos al año como mínimo, y el grupo que lo tiene se puede reportar (Médico B, Uruguay, institución privada).

Una médica entrevistada refiere particularmente a las limitantes que un proyecto de ley podría tener para la actuación médica en el área y fundamentalmente en lo que estas limitantes podrían acarrear para el éxito del tratamiento:

Estamos un poquito preocupados con el proyecto en cuanto a las limitaciones que pueda poner a la fertilización in vitro.

—¿A ver?

—Porque el número de embriones, el número de óvulos, eso va a jorobar a las pacientes. [...] Entonces nosotros queremos tratar de defender a las pacientes.

—Ustedes están dialogando con la gente que trabaja en el proyecto.

—Que trabaja en el proyecto. [...] Nosotros queremos que nos escuchen a nosotros que somos los que sabemos, ¿no? Y que no escuchen a la gente de la iglesia, por ejemplo, que no saben, y preguntarle al paciente, que es el que interesa acá.

—¿Y cuál sería el beneficio del paciente?

—Sería libertad de accionar médico, por supuesto poniéndole límites... que no puedan dar veinte embriones congelados, por ejemplo, pero no parecemos a la ley italiana, que solo permite fecundar tres óvulos con tres espermatozoides y no permite congelar embriones. Eso es altamente perjudicial para los pacientes. Los programas de fecundación in vitro se hacen con poli-ovulación, desde el vamos. Porque desde el vamos sabemos que la especie humana es muy ineficiente reproduciéndose y que si vos trabajás con un óvulo y un espermatozoide vas a pasarte una vida haciendo in vitro, porque «este no fecundó», «este no estaba maduro»... entonces precisás trabajar con diez para terminar con dos embrioncitos. [...] Una buena cantidad para conseguirlo. Entonces si hay una ley que restringe el número de óvulos y que no te permite guardar embrioncitos, porque claro si vos trabajás con muchos óvulos, en algún caso te van a sobrar, entonces vos tenés que usar como herramienta el congelado [...], trabajamos con libertad. Nos sentamos a pensar en el estímulo ovulatorio para la paciente

tratando de sacarle ovocitos. Hay pacientes que sacan veinte. Ahí ta, tratamos de guardar por ejemplo cinco óvulos sin fertilizar y trabajamos con quince. Y supone que ese óvulo no tiene [...] que ese no es ningún dilema ético y trabajamos con los diez ovocitos que nos gusta trabajar. En fin, hay que ajustarlo mucho a la historia de la paciente, a la edad de la paciente, ¿es la primera in vitro?, ¿es la quinta?, ¿es la décima? (Médica A, Uruguay, institución mutual).

La iniciativa más importante en el ámbito parlamentario uruguayo que buscó regular la actuación de las clínicas de reproducción asistida fue la presentada en 2003. Se aprobó en la Cámara de Senadores en 2008,²⁹ pero no obtuvo luego la aprobación de la Cámara de Diputados. Las características de este proyecto se resumen en el siguiente cuadro:

Carpeta Comisión de Salud, n.º 3181, año 2003³⁰

Destino de los embriones	Permite criopreservación
Determinación de la filiación	Social
Donación de óvulos	No autoriza
Elegibilidad	Parejas heterosexuales estables
Gestación de sustitución	No autoriza
Número máximo de embriones que permite transferir	3
Reducción embrionaria	No menciona

Fuente: Elaboración propia con base en los ejes conceptuales manejados por Diniz (2003)

El proyecto de 2003 buscaba favorecer la solución de los problemas reproductivos derivados de la esterilidad o de la infertilidad humana de la pareja (artículo 6.o) El sujeto al cual se atiende es, por tanto, una pareja heterosexual estable que haya recibido el diagnóstico de infertilidad o esterilidad. Porque, aunque en el artículo 6.o se señala que «en casos no ocasionales de impotencia, infertilidad masculina extrema o azoospermia del esposo o concubino se podrá recurrir a las técnicas aceptadas para la utilización de material reproductivo de terceros», lo que se contempla es la pareja como unidad a la cual se le brinda ese material reproductivo. En este caso se procura que el dador tenga la máxima similitud fenotípica e inmunológica y las mayores posibilidades de compatibilidad con la mujer receptora. La identidad del donante es en ese caso anónima y solo se podrá revelar en circunstancias que comporten un comprobado peligro para la salud sicológica grave del hijo o cuando el hijo cumpla la mayoría de edad (18 años).

Las fuentes en las cuales se fundamenta el referido proyecto provienen de países como Estados Unidos (1980), Australia (1982), Francia (1984), el comité

29 El Proyecto de Ley fue presentado por el senador Alberto Cid a la Cámara de Senadores el 17 de octubre de 2008; habían existido iniciativas en el mismo sentido en Uruguay desde 1991— Proyecto Reproducción Asistida—modificación del Código Civil, presentado por los doctores Hugo Batalla y Carlos Cassina—, pero sin concretarse un marco legal para el desarrollo de las actividades de las cuatro clínicas que llevan adelante tratamiento de este tipo en Uruguay, además del Banco de Esperma.

30 Disponible en <http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/fichas/asuntos/APO3614.htm>, última consulta: 11/11/2010.

Ad Hoc de Expertos en Bioética de la Comunidad Europea (1989) y la legislación española de 1988. Es esta última, según se expresa en la exposición de motivos, más precisamente la Ley n.º 35 (España, 1988), la base del proyecto uruguayo en el entendido de que existen criterios de afinidad cultural. También se toma como referencia el Informe Warnock de Inglaterra.

El proyecto recientemente aprobado³¹ en Uruguay, impulsado por el senador Lacalle Pou, tomó aspectos centrales de este anterior, pero buscó recalcar la definición de la infertilidad como enfermedad a fin de que las parejas pudieran acceder a tratamientos dentro de la órbita de la salud pública y del sistema mutual.

Fijate que la definición que está hecha en el artículo n.º 1 está definida por un plazo de un año, por el cual una pareja no obtiene un embarazo por el plazo de un año. No habla ni de dolencia ni habla de temas físicos, no psicológicos. No. Te habla de una persona que empezó a tener relaciones sexuales hasta el plazo de un año y por medios naturales no pudo obtener un embarazo. Para declararlo enfermedad no hay un estudio de si es el útero, si son los espermatozoides; ese es un diagnóstico posterior. Pero el solo hecho de pasar ese plazo de no tener un embarazo es declararlo enfermedad, que ese para mí ya es un gran avance, declararlo enfermedad (Entrevista con Lacalle Pou).

Algunos de los aspectos que regula el actual proyecto son:

Determinación de la filiación	Social. Si bien el sujeto nacido por efecto de estos procedimientos tendrá derecho a partir de determinada edad a conocer a su progenitor genético, ello no producirá efectos jurídicos sobre la filiación.
Donación de óvulos	Regulada por Banco
Elegibilidad	Parejas heterosexuales estables y mujeres infértiles sin pareja. La posibilidad de acceso a parejas homosexuales de mujeres quedaría sujeta a la interpretación que se le diera a la ley.
Gestación de sustitución	Prohibida (con excepciones: mujeres solas sin útero)
Número máximo de embriones que permite transferir	3. Además no se permite a las parejas acceder a más de tres tratamientos consecutivos.
Reducción embrionaria	No menciona

Fuente: Elaboración propia con base en los ejes conceptuales manejados por Diniz (2003).

La dificultad de acceder a tratamientos por sus altos costos en el ámbito privado había sido, hasta ahora y hasta que la ley se reglamente, el mayor de los obstáculos para muchas de las parejas que han decidido transitar instancias de reproducción asistida. La asistencia en el ámbito mutual se resumía al acceso a alguna medicación, pero incluso no se costeaban muchos de los exámenes requeridos para llegar a un diagnóstico. En su momento algunas representantes

31 El texto completo se encuentra disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/pdfs/repartidos/senado/S2013100908-00.pdf>, última consulta: 25/10/2013.

de organizaciones sociales, entre ellas MYSU (Mujer y Salud en el Uruguay), señalaban que las parejas:

[...] deben pagar el precio de la ausencia de recursos con la que trabajan las dependencias estatales y esperar, por ejemplo, un plazo promedio de tres meses para realizarse una laparoscopia (uno de los tantos análisis previos necesarios para el diagnóstico de las posibles razones de infertilidad) (Abracinskas, 1998, párrafo 9).

Argentina, por su parte, tenía una ley provincial para Buenos Aires cuyos objetivos, según se detallan en el artículo n.º 3, consistían en:³²

- a. Garantizar el mayor nivel de tratamiento medicoasistencial integral dentro del ámbito de las parejas que padezcan esta patología, para la procreación de un hijo biológico.
- b. Regular, controlar y supervisar los centros médicos que realicen tanto los diagnósticos y los tratamientos de la infertilidad como los procedimientos de la fertilidad asistida.
- c. Elaborar estadísticas para el conocimiento, el estudio y el seguimiento de esta problemática, a través de la autoridad de aplicación.
- d. Efectuar campañas de información y prevención en todo el ámbito del territorio provincial a fin de informar a la población de las posibles causas de esta enfermedad y los tratamientos existentes para lograr el embarazo y llevarlo a término.
- e. Propiciar el desarrollo de centros de referencia de procreación humana asistida integral en efectores públicos, cuyo número y ubicación definirá la autoridad de aplicación con miras a facilitar el acceso a la población de todo el territorio provincial.
- f. Capacitar, por intermedio de la autoridad de aplicación, a los recursos humanos para lograr su especialización, dentro y para los efectores públicos de salud.

Esta ley provincial consideraba la infertilidad humana como una enfermedad.

El 5 de junio de 2013 se produjo un cambio radical al aprobarse la Ley n.º 26.862 de «Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Medicoasistenciales de Reproducción Médicamente Asistida»³³ no solo porque se trata de una ley que abarca todo el territorio nacional, sino porque deja de considerar la infertilidad como una enfermedad, habilitando así el acceso a diversos tratamientos a parejas homosexuales y mujeres sin pareja. La nueva ley obliga a las obras sociales y prepagas a realizar tratamientos de infertilidad, tanto de baja como de alta complejidad, incluyendo la donación de material reproductivo. Se retoma así una iniciativa legislativa que se había presentado en el año 1985 y que aún no contaba como ley.

32 Texto disponible en: <http://www.concebir.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=166:ley&catid=63:novedades&Itemid=79>.

33 El texto completo se encuentra disponible en: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>>, última consulta: 25/10/2013.

De la mano de estos cambios se está considerando también en ese país la regulación de las nuevas formas de filiación surgidas de la aplicación de las TRA. Para ello se está trabajando en la reforma del Código Civil argentino, de 1871, para que se considere la *voluntad procreacional* como el principio rector en los casos de filiación mediante TRA.³⁴

Además de los marcos legales, en Argentina existe la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (Samer), en la cual se nuclean la mayor parte de las clínicas. Samer establece, mediante consensos corporativos, procedimientos de actuación que deben ser respetados por todas las clínicas miembros.

En vistas de la falta de regulación formal, los grupos médicos suelen operar guiados por consensos corporativos sobre qué es legítimo hacer y qué no, especialmente alrededor de cuestiones como número de donaciones, nacimiento o embarazos permitidos por donante (Ariza, 2012). En Uruguay, en cambio, no existe un marco de actuación corporativa para los y las especialistas en reproducción asistida, he incluso hay puntos de discrepancia insalvables en lo que refiere, por ejemplo, a los procedimientos de ovodonación-ovorrecepción.³⁵

34 Entrevista a la abogada Marisa Herrera. Disponible en: <<http://www.halitus.com/home/nota.php?idMenuOn=5&idNoticia=2229>>, realizada el 29 de noviembre de 2012 en el espacio *Sentir y Pensar tv*.

35 Análisis de esta discrepancia en el capítulo Ovocitos: un bien preciado.

Infertilidad y apropiación biotecnológica del deseo reproductivo

La *infertilidad* surge como noción clave para la actuación de las TRA. Coincido con varias autoras (Edwards, et.al., 1999; Ramírez-Gálvez, 2009; Tamanini, 2009) que han advertido sobre la productividad de la noción, tal como es definida por la medicina reproductiva, para mantener un orden sexo genérico heteronormativo. En esto tiene también un lugar clave la distinción entre lo que se entiende que pertenece al orden de la naturaleza y los sentidos dados a la relación de este orden con la biotecnología.

Sostengo que la manera en que se ha ido definiendo el concepto de *infertilidad* y la manera en que se actualiza su definición en el Río de la Plata ha obrado, además de para el mantenimiento de este orden heteronormativo, para propiciar una cada vez mayor medicalización y mercantilización de las trayectorias reproductivas.

La infertilidad como noción clave para la actuación de las TRA.

[...] ¿qué es estéril? Que no puede tener hijos. ¿Y cuáles son los que no pueden tener hijos? [...] Una mujer que le sacaste el útero, ¿es estéril si tiene óvulos y podría tener hijos en el útero de otra mujer? Entonces me parece incorrecto por el lado que lo busques. Lo podríamos utilizar para el varón que no tiene espermatozoides, que no tiene, no solo que no eyacula. Que le abris el testículo al medio y que le buscaste y no encontrás espermatozoide, porque hoy en día le encontrás un espermatozoide en un testículo y podés hacer la inseminación (Médica A, Uruguay, institución mutual).

Los avances tecnocientíficos parecen sugerir que ya no hay lugar para la esterilidad. Frente a los diversos obstáculos para que la gestación se produzca, la medicina reproductiva genera respuestas. Algunas son aceptadas de manera inmediata, porque entran en el orden de los arreglos culturales naturalizados —así *abrir un testículo* resulta un procedimiento esperable dentro del campo médico—, mientras que otras generan una reconfiguración de sentidos culturales que encuentran —o no— legitimidad, como la introducción de material genético de terceros para lograr la gestación.

En este contexto, ¿Qué diferencia a la esterilidad de la *infertilidad*? La definición de las TRA como tecnologías orientadas a revertir una situación de infertilidad obliga a revisar cómo desde la medicina reproductiva se ha construido esta noción, por qué se ha preferido a diferencia del concepto de esterilidad, cuáles son los sentidos culturales que habilitan y sostienen su legitimidad y a qué tipo de arreglos socioculturales van dirigidos.

Contraria a la esterilidad, la noción de infertilidad define la existencia de algunas limitantes para la intervención de las TRA. ¿En qué orden se encuentran estas limitantes? ¿Obedecen a razones biológicas, éticas, jurídicas, sociales, mercantiles...?

En el testimonio anteriormente citado, la médica A da cuenta de que la infertilidad como situación de padecimiento obtiene una respuesta médica, pero no porque se actúe sobre una imposibilidad biológica, sino porque se logra mitigar el padecimiento en tanto la pareja logra materializar su deseo: una descendencia biológicamente vinculada. Sin deseo de hijo no hay dolencia a ser tratada (Tamanini, 2009). Así, las limitantes de orden biológico se relativizan.

Sin embargo la *infertilidad* como noción sigue buscando erigirse, de manera obstinada, sobre razones biológicas. Se produce así una patologización de la ausencia involuntaria de descendencia.

Tecnologías de alta complejidad: ¿tratamiento o servicio?

Señalan Diniz y Gomez Costa (2006) que la presentación de las TRA como herramientas que buscan paliar un problema de salud reproductiva, definido en términos de infertilidad, ha sido parte de un proceso mediante el cual las TRA han buscado dejar atrás su identidad de herramientas destinadas a la *producción de bebés* para pasar a ser consideradas como biotecnologías que buscan sanar un problema reproductivo, aunque en los discursos médicos emerja este campo de indefinición:

[...] mi trabajo es, me dedico a fertilidad. Esa es la cosa. Lo que nosotros buscamos es aquello, ¿verdad? [Me muestra fotos de bebé en una cartelera], que la gente pueda tener un bebé sano en casa (Médica C, Uruguay, institución pública).

Otros directamente colocan a las TRA como herramientas destinadas a dar un servicio:

Yo lo que pienso a esta altura es que la gente que hace fecundación in vitro no puede estar cargada de pruritos, y si vos te ponés a leer los centros de reproducción en toda Latinoamérica son pagos. Los pacientes pagan por un servicio [...]. Entonces, te digo, en el mundo, y en el hemisferio norte, los que van por arriba de nosotros, la tarea del embriólogo clínico es reconocer al embrión que puede implantar y terminar en un nacido normal. Eso legitima un montón de criterios selectivos y de aplicación de técnicas (Médico B, Argentina, clínica privada).

Esta idea de *servicio* se asocia fundamentalmente con los procedimientos de alta complejidad, que son aquellos en los cuales los/as especialistas pueden tener una intervención directa sobre el embrión, pero también podría trasladarse a los procedimientos de baja complejidad por cuanto podría buscarse inseminar a la mujer con un semen que contenga características genéticas deseables.

Pensadas como *servicio* las TRA deberían de brindarse a todos quienes pagaran por su asistencia y con el objetivo de dar un producto con las características deseadas. Para el médico B la impronta mercantil de los procedimientos de reproducción asistida en Argentina³⁶ los define a priori como un servicio. En este

36 La entrevista fue realizada antes que se aprobara la ley actualmente vigente, que permite que se financie con dineros públicos tratamientos de baja y alta complejidad, obviamente en el marco de las restricciones previstas también en la misma noma.

contexto mercantil lo que las TRA producen es el bebé en tanto producto y por tanto no se trata de producir cualquier bebé, sino aquel que se ajusta a los deseos de los clientes. El carácter mercantil o sanitario dado a la intervención define el carácter del producto de esta y las posibilidades de injerencia sobre él. Al ser concebidas como herramientas destinadas a solucionar un problema médico, las TRA estarían en cambio dirigidas solo a aquellos que se consideraran enfermos y con el objetivo de solucionar el padecimiento.

Sin embargo existe toda una serie de sentidos y prácticas que las ubican a medio camino entre una y otra definición. Presentar las TRA como un servicio les permite a quienes trabajan en el área desplegar una serie de intervenciones biotecnológicas que los y las especialistas saben que pueden generar resistencias culturales y también les obliga, por lo menos teóricamente, a contemplar como sujetos de asistencia a quienes no entran en los parámetros de la enfermedad reproductiva (homosexuales, mujeres sin pareja). Cada uno de estos movimientos encuentra sus límites culturales.

Vayamos al primero de estos asuntos, los límites a las intervenciones biotecnológicas.

—¿También hacen sexuación?

—No.

[...]

—¿Y si se lo solicita la pareja?

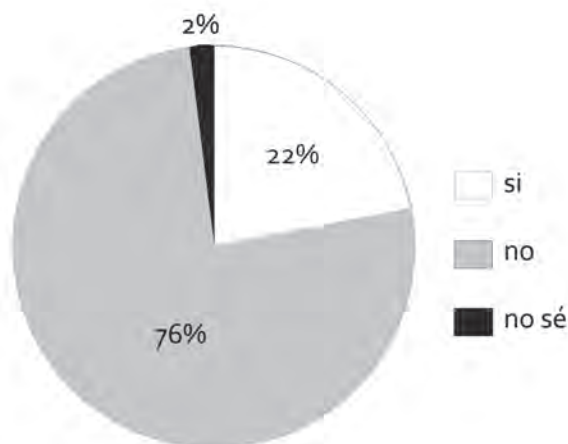
—Por temas sociales no. Porque pensamos que éticamente es un tema delicado y seguimos la norma de la Sociedad Argentina de Fertilidad que dice que no se recomienda la elección de sexo por temas sociales. Entonces no lo hacemos. Es un tema para discutir. Algunos te pueden decir que está bien, pero [...] la mayoría de los centros tratan de no hacerlo, porque es complejo, porque vos estás eligiendo que vas a colocar un embrión y el otro embrión qué hacés? Estás descartando o congelando un embrión solamente porque es una nena o un varón que ese matrimonio no quiere. Son temas un poco complejos. Para algunos no tienen importancia y para otros son importantes, entonces por ahora decidimos no hacerlo (Médico C, Argentina, clínica privada).

Como se desprende del discurso del médico C, este criterio sobre el cual la clínica para la cual trabaja fundamenta su negación a seleccionar embriones es un criterio temporal y por ello inestable.

En una encuesta realizada en el marco de un simposio sobre aspectos éticos y legales de las técnicas de reproducción asistida realizado en Buenos Aires entre el 29 y 30 de abril de 2011,³⁷ donde se reunieron especialistas del área a debatir sobre estos temas con el objetivo de encaminarse hacia la elaboración de un Código de Ética de la especialidad, los y las concurrentes votaron a la

37 Aspectos éticos y legales de las técnicas de reproducción asistida y las diferentes alternativas terapéuticas, versión escrita del simposio realizado los días 29 y 30 de abril de 2011 en el Hotel Emperador, Buenos Aires. Organizado por: Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, Sociedad Argentina de Andrología, Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.

pregunta: «¿Debe permitirse el sexado de embriones por razones no médicas?» de la siguiente forma:



Otro médico entrevistado, esta vez en Uruguay, señalaba que la práctica de sexar no se realizaba en la clínica en la que se desempeña, pero no por motivos éticos, sino porque la ley —producto de un consenso—, al definir la infertilidad como una enfermedad, no incluye tal posibilidad:

Si vos me decís «Yo tengo una enfermedad que va ligada al sexo, mi enfermedad es tal» y me mostrás tu diagnóstico «Preciso un sexo femenino para que mi hijo no tenga este problema», ningún problema, lo hacemos y lo hemos hecho. [...] Pero sexar para elegir sexo, porque yo tengo tres nenas y quiero el varón, negativo. [...] Porque no tiene una indicación médica, no está legislado. Si estuviera legislado que yo puedo elegir hacer un tratamiento, elegir el sexo por sola voluntad, no tengo ningún inconveniente, ninguno. Me da lo mismo fijarme qué sexo es, a mí me da lo mismo. Pero que esto no se transforme en una boutique (Médico F, Uruguay, clínica privada).

Para el médico F no se trata de que él no esté de acuerdo en realizar este procedimiento, sino que la ley se lo impide. El mismo médico se refería una vez más a las limitantes legales como el impedimento por el cual él no practica lo que se ha dado en llamar preadopción de embriones:

—¿Y se hace eso de trasplantar a una mujer un embrión que esté vitrificado de otra pareja?

—No.

—Hay clínicas que lo hacen, por eso le pregunto.

—En esta clínica, no. Justamente eso creo que es peor que no permitir subrogar un útero. [...] Según la ley no lo podés hacer.

—En realidad no está directamente penado, digamos.

—Tú tenés el embrión y se lo estás pasando a otro. Si uno no puede manipular, ¿por qué se lo podés pasar a otra persona que no es del embrión? [...] Hay un problema de legislación.

—Pero supongo que su crítica no va solo por la legislación.

—Sí, claro, absolutamente con la legislación. Yo no hago cuestionamientos morales, habitualmente me lo hacen a mí (Médico F, Uruguay, clínica privada).

En su argumento señalaba que si la subrogación de útero no está permitida, tampoco debería de estarlo la implantación de embriones sobrantes de una inseminación in vitro a otra pareja que no fue la que aportó el material genético para ese embrión; para él se trata de procedimientos análogos. En un caso como en otro se está implantando a la mujer un embrión logrado con material genético de terceros no pertenecientes a la pareja; la diferencia está en que en la subrogación la madre gestante no será luego la madre legal, mientras que en la implantación de embriones sí. Al asimilar conceptualmente ambos procedimientos, el médico F asimilaba también ambas maternidades.

[...] Nadie que haga reproducción humana puede estar en contra de la subrogación de útero. Si tú tenés un accidente con 18 años y perdés tu útero, y tenés sanos tus ovarios, ¿cuál sería el inconveniente de que tu madre, una hermana, cualquiera, pudiera subrogar el útero? El tema es que no se comercie con eso, pero eso es sencillo, se establece una ley por la cual queda expresamente prohibido que no sea por motivos económicos, que sea un familiar directo de la persona, que los contratos estén estipulados, que la ley proteja a la persona que solicitó la subrogación, que no haya chances de que el subrogante pueda tener intereses económicos, pueda chantajear a otros. Tenemos cantidad de gurisitas jóvenes, pacientes de menos de 30 años que por x motivo... En este momento tenemos una pareja que está deambulando hace más de tres años en el ministerio y en el parlamento, porque no tienen plata para hacer una subrogación en Estados Unidos... Ella, su único embarazo que tuvo [...], que la placenta se le mete adentro del útero, y no la pudieron sacar, hubo que sacarle el útero y además el nene ese falleció [...]. Y no tiene plata para irse a otro país. No hay inconveniente médico para la subrogación de útero. Es inexplicable las posiciones que puedan poner que se oponen a eso (Médico F, Uruguay, clínica privada).

Vemos así que no existe una opinión única por parte de los especialistas en relación con si realizar o no determinados procedimientos, pero en todos los casos lo que se advierte es que existen límites que aún no se han traspasado, que la práctica en medicina reproductiva *no puede estar cargada de pruritos* y que en definitiva los límites de actuación responden a criterios que parten de consensos que, como cualquier consenso, son efímeros y están sujetos a transformaciones. En lo que todos los y las especialistas acuerdan es en que los frenos que pudieran tener a nivel personal no deberían intervenir en el desarrollo biotecnológico.

En este sentido parece existir un campo favorable para lo que Habermas (2002) define como un *aflojamiento de las cadenas sociomorales* que permitirían avanzar desde una eugenesia fundamentalmente negativa, que supone intervenir

impidiendo el desarrollo de características no deseables, hacia una eugenesia liberal, orientada a la selección de características deseables. Incluso en la realización de un diagnóstico preimplantacional,³⁸ procedimiento con el cual todos los/as especialistas acuerdan, es difícil distinguir cuándo se están eliminando caracteres hereditarios indeseables y cuándo se están optimizando los deseables.

Esta laxitud, que dificulta el reconocimiento de las fronteras entre una eugenesia terapéutica y una eugenesia positiva, está guiada fundamentalmente por razones técnicas como poder poner a prueba nuevas tecnologías, asunto de especial relevancia en un orden simbólico sustentado, entre otros aspectos, en la improcedencia de frenar el progreso tecnológico (Guthmann, 2005).

Algunas teóricas feministas, como Stolcke (1988), Arditti, Klein y Minden (1984), Smart (1987) y Spallone (1989) habían recalcado el carácter eugénico, relativo a la mejora de la especie, de las TRA (en Shore, 1992). Incluso para el Centro para la Genética y la Sociedad la eugenesia es «la lente clave a través de la cual se pueden comprender las amenazas que imponen las nuevas tecnologías de reproducción y genética humana» (CGS, 2005: 192).

Sapriza (2001) desarrolla un trabajo histórico que ilustra sobre varias prácticas de carácter eugénico desarrolladas en el Río de la Plata a comienzos del siglo XX, sostenidas por integrantes de diversos partidos políticos, el discurso médico y el discurso feminista, y de las cuales las TRA podrían considerarse el eslabón más contemporáneo. Las prácticas de aquel entonces se fundaban en el control de las enfermedades hereditarias, la planificación del matrimonio y las leyes restrictivas a la inmigración; las prácticas actuales penetran en el momento mismo de creación de la vida.

Si bien lo que las TRA pueden realizar en este orden resulta a priori inquietante, las posibilidades eugénicas ligadas a la intervención directa sobre el embrión se presentan como un asunto en el cual las TRA ejercen un poder que podríamos decir *se muestra transparente*, porque alude necesariamente a cuestiones que no son puramente técnicas, sino que se presentan como discusiones en el campo de lo ético. Hay otras formas en las cuales las TRA perpetúan modos de dominación que sin embargo resultan opacos, porque además se sostienen en un consenso de legitimidad cultural con el cual las intervenciones eugénicas no cuentan y porque se presentan fundamentadas en un saber técnico cuyo poder resulta incuestionable. Aludo a la cuestión de los límites para la atención de los sujetos en el campo de las TRA y los sentidos culturales que los sostienen.

La infertilidad, como patología, se erige en este punto como la noción clave para limitar el acceso a las TRA a determinado tipo de sujetos. Si bien ha habido algunas transformaciones en las prácticas medicorreproductivas y en los hechos se atiende a personas que no entran dentro de los cánones previamente establecidos, la noción de infertilidad se erige aún como el axil en torno al cual algunos procedimientos que se enmarcan en la amplitud del campo pasan a considerarse naturales mientras otros se significan como no naturales.

38 Ver glosario de términos en el anexo.

La naturaleza de la infertilidad

El supuesto objetivo terapéutico que las TRA se arrojan a partir de definirse como herramientas destinadas a paliar un problema reproductivo, además de ser interpelado con algunos sentidos que como vimos están orientados a concebir las TRA como un servicio, se pone también en entredicho cuando la gestación sucede sin intervención tecnológica mediante, a pesar de haber un diagnóstico de infertilidad —como ha ocurrido en el caso de algunas de las mujeres aquí entrevistadas—, y también cuando la patología reproductiva no puede ser definida y por tanto tampoco tratada. Esto último constituye el diagnóstico de *infertilidad sin causa aparente*, el que

«es anunciado toda vez que la causa de la infecundidad involuntaria no es localizada en el cuerpo de la mujer o del hombre en tratamiento por la medicina reproductiva. No hay señal o síntoma de esterilidad en el cuerpo: el único indicador de la enfermedad es la infecundidad involuntaria garantizada por la presuposición de la heterosexualidad de la pareja infértil» (Díniz y Gómez Costa, 2002: 61).

Cuando se logra el embarazo sin intervención biotecnológica y este progresa la medicina reproductiva da al acontecimiento diversas explicaciones. Entre ellas los cambios favorables ocurridos en el cuerpo de la mujer a consecuencia de la estimulación farmacológica para alentar la ovulación. Cuando se trata de un embarazo posterior a otro médicamente logrado, la medicina reproductiva asume que la gestación previa permitió subsanar algunas complicaciones preexistentes.

Cuando tenés lo que se llama ESCA: esterilidad sin causa aparente: 20 %. De esas, 20 % o tiene una endometriosis leve, o tiene una causa espermática que varía en el eyaculado, que en algún momento es útil y en otro no, o tiene un déficit ovulatorio y entonces tiene una situación de este tipo. Esta mujer tenía una causa un poco tubaria, y por una trompa se ve que mejoró, entonces tuvo una hermanita por relaciones normales. Pero también está lo que el embarazo genera en una mujer que nunca tuvo [...], crea toda una disposición y redistribución de tejidos diferentes que le da nueve meses de tener amenorrea y que genera todo un coeficiente hormonal preparatorio a que después la gente que tenía menstruaciones, por ejemplo que eran irregulares, pasan a ser regulares después de un parto. Entonces decís: «¿Qué fue?». El embarazo les cambió la situación, entonces tiene mejores chances de quedar (Médico B, Uruguay, institución privada).

—Pero de repente nos dan una sorpresa: se embarazan solas.

—Y en esos casos ¿cómo se explica? O ¿cómo se lo explica la medicina?

—[...] primero que hay variaciones en el curso de la vida. En segundo lugar, usted tiene pocas chances y en algún momento se le puede dar la chance. Y tercero, que hay cosas que son verdaderamente difíciles de entender, ¿verdad? Hay pacientes que no responden al tratamiento y cuando se quieren embarazar, se embarazan solas (Médico C, Uruguay, institución mutual).

En otros casos se relacionan varias causas para dar respuesta al suceso:

Yo siempre soy de la idea de que hay un problema, a veces los problemas psicológicos llegan a afectar el organismo, entonces decís: «Esta persona tiene un problema orgánico». Por ejemplo: mujer super estresada y no se embaraza, porque está super estresada. Entonces es un problema psicológico [...], ese estrés le está significando un aumento en la prolactina, entonces a mí lo que me llega es un aumento en la prolactina, yo sé que es provocado por el estrés y muy probablemente le dé medicación para bajar la prolactina (Médica A, Uruguay, institución mutual).

El diagnóstico de *infertilidad sin causa aparente* —o con varias causas, aunque ninguna quede específicamente demostrada—, abre teóricamente la posibilidad de renegociar las TRA como un servicio potencialmente universal, no ligado a un cuerpo infértil (Diniz y Gómez Costa, 2006). Sin embargo, la infertilidad como concepto continúa erigiéndose sobre razones sanitarias.

El texto de Diniz y Gómez Costa (2006), de gran relevancia para la presente discusión, explica el marco histórico y político en el cual la infertilidad se ha construido como una patología a ser abordada por las TRA y analiza las consecuencias de dicho proceso.

Antes de la década de los noventa, las discusiones en torno a estas tecnologías estaban centradas en las condiciones de bioseguridad de su aplicación. En la última década del siglo el foco de tensión pasó a detenerse en algunos de los escenarios que se presentan como moralmente problemáticos para su implementación (Luna, 2002 en Diniz y Gómez Costa, 2006). Estos escenarios son la manipulación temprana del embrión y el descarte de algunos de estos y la demanda de determinados sujetos —mujeres sin parejas, y mujeres y varones en relaciones homosexuales—, aquellos que no formaban parte de la población a la cual estas tecnologías estaban primeramente destinadas, para acceder a las posibilidades que brindan estas tecnologías con el objetivo de tener una descendencia biológicamente vinculada. Si lo que las TRA permitían era tener un hijo biológicamente vinculado, ¿por qué no podían acceder a ellas parejas homosexuales o mujeres sin pareja estable? ¿Era el deseo de tener un hijo biológicamente vinculado la condición de acceso? Evidentemente no.

La estrategia discursiva para limitar el acceso a tratamientos de reproducción asistida, por lo menos en la órbita pública, fue trasladar simbólicamente a las TRA del ámbito empresarial, dejando de concebirlas como una herramienta al servicio de producción de niños, hacia el ámbito de la salud; y la estrategia para ello fue presentarlas como una herramienta destinada a paliar una patología reproductiva: la infertilidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), máximo organismo sanitario internacional, sanciona este proceso y define la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo.

—¿Estás de acuerdo en considerar la imposibilidad de tener hijos como una enfermedad?

—Pero yo no tengo que estar de acuerdo, está de acuerdo la oms en que es una enfermedad. La Organización Mundial de la Salud dice que es una enfermedad, que a mucha gente no le sirva y que económicamente al mundo no le sirva y que a los seguros no le sirva es un tema aparte, pero es una enfermedad. Cualquier órgano que te funcione mal y que no te permita cumplir con una función fisiológica es una enfermedad (Médico F, Uruguay, institución privada).

Dice Rubel (1964), desde una definición culturalmente amplia de la enfermedad, que esta constituye un síndrome que los miembros de un grupo en particular dicen sufrir y para el cual su cultura tiene etiología, diagnóstico y medidas de prevención. La infertilidad entendida como patología nace así en un contexto social, histórico y cultural específico para el cual el saber destinado a paliarla propone una o varias terapéuticas.

Como ha demostrado la investigación pionera de Latour y Woolgar (1995)³⁹ sobre la construcción de los hechos científicos, estos se producen de la mano de intereses que se definen como tales⁴⁰ en un momento dado y responden a razones culturales, sociales e históricas. Los científicos no pueden realizarse preguntas para las cuales no están culturalmente preparados; y esto es extensivo para la reproducción asistida: no hubiera existido desarrollo de las TRA si no comenzara a pensarse la imposibilidad de tener hijos luego de cierto tiempo como un problema que requería de intervención médica. Y tampoco sin una población que, habiendo descubierto ahora que tenía un problema, quisiera solucionarlo buscando un hijo biológicamente vinculado en lugar de recurrir a otras formas de filiación como la adopción legal o la adopción informal, una práctica bastante extendida en el pasado y que aún se realiza en ciertos contextos socioculturales de América Latina (Fonseca, 1998).⁴¹ Como subrayan Diniz y Gómez Costa (2006), esta medicalización de la ausencia involuntaria de hijos permite que el problema y la búsqueda de una solución se mantengan en la órbita de la medicina y no en otras instituciones, como podría ser la adopción.

39 Latour y Woolgar se adentran en la vida del laboratorio y a partir de una investigación de corte etnográfico buscan investigar cómo los científicos dan sentido a determinados procesos de investigación y dejan otros al margen.

40 Me refiero a aquellos vinculados a las ciencias denominadas «duras», como la química, la genética, la ingeniería, entre otras. En el caso de las ciencias sociales la articulación entre investigación social y contexto sociocultural aparece con mayor claridad.

41 El estudio realizado por la antropóloga Claudia Fonseca, en villas miseria de Brasil, muestra la naturalidad que tenía el fenómeno de la circulación de niños —esto es, que algunos menores pasaran gran parte de su infancia en casas que no son las de sus progenitores en una forma de crianza informal—, en los años cuarenta y cómo actualmente persiste, aunque como una marca de clase, ya que el mantenimiento de esta práctica, advierte la autora, marca una diferencia entre aquellos grupos sin aspiraciones de ascenso socioeconómico y aquellos que sí las tienen. Pero además importa destacar que este tipo de prácticas, fuera de los contextos de nacimiento, no producen problemas morales, según evidencia la información etnográfica y también los relatos de quienes Fonseca entrevistó y que transitaron dicha experiencia. Aparece como normal el poseer muchas madres, incluyéndose aquí la biológica y otras varias de crianza.

Las transformaciones de sentido que acompañan estos procesos de desarrollo biotecnológico y las actuaciones que tales sentidos habilitan o niegan no son así neutrales en términos culturales, sino que están orientadas a avalar determinados andamiajes de significación, tanto en lo que refiere a la conformación del vínculo filial, como mencionábamos antes con respecto a la adopción, como a otros aspectos ligados a la reproducción, entre ellos la sexualidad.

La patologización de la infertilidad, avalada además por la Organización Mundial de la Salud, no solo niega la posibilidad de dudar sobre la prioridad de las razones fisiológicas cuando no se logra un embarazo, sino que produce efectos simbólicos y materiales en las maneras de conceptualizar la reproducción y su vínculo con la sexualidad, entendida esta no como una función fisiológica, sino como un dispositivo de poder (Foucault, 2002).

Infertilidad y reproducción del orden heterocentrado

En tanto dispositivo, la sexualidad supone un modo culturalmente avalado de producción de verdad en torno al sexo, la genitalidad, la producción de placer... que se fundamenta en la intersección entre dos técnicas: la confesión y la discursividad científica. Ambas generan un saber en torno a la sexualidad que no se cuestiona.

El discurso de las TRA formaría parte de esta discursividad científica a la que alude Foucault (2002). El discurso científico-médico enfatiza en las razones biológicas para la imposibilidad de obtener un embarazo y en este sentido construye una única sexualidad procreativa posible: la de la pareja heterosexual. Son estas parejas las que si no tuvieran un *problema reproductivo* lograrían la gestación. Esto asume que tales parejas tienen sexo coital y que este se realiza con fines reproductivos —sin intermediar procedimientos o tecnologías anticonceptivas—, y posiciona a las TRA como herramientas que actúan frente a una situación no natural, ya que se asume que las parejas heterosexuales son naturalmente fértiles (Tamanini, 2009). Pero también hay otros órdenes que la medicina reproductiva define como naturales o no naturales y frente a los cuales establece los límites de su actuación.

La alusión a la naturaleza como algo esencial sobre lo cual la biotecnología directamente actúa, en el sentido de destrabar lo que impide que la gestación se produzca y replica la potencialidad ideal del cuerpo, como han mostrado las investigaciones de Strathern (1995)⁴² y Ramírez-Gálvez (2009), resulta problemático a la hora de brindar una respuesta reproductiva a las parejas homosexuales, a las mujeres sin pareja o a sujetos en situaciones no consideradas médicamente patológicas en términos reproductivos.

Sin embargo, las clínicas rioplatenses han comenzado a brindar asistencia a este tipo de sujetos o parejas. ¿Es que ha cambiado la definición de infertilidad? ¿De qué nuevos sentidos se valen para permitirse incorporar a estos sujetos de

42 Strathern, Marilyn (1995).

atención que no entran en los cánones preestablecidos? ¿Cuáles son las resistencias que presentan los y las especialistas frente a estos cambios? ¿De qué órdenes culturales nos hablan tales resistencias?

Podemos enunciar dos órdenes que desde la medicina reproductiva rioplantense se definen como naturales y que en principio las TRA no deberían trasgredir:

La naturaleza sexual del material reproductivo.

La naturaleza reproductiva del vínculo sexual.

Las situaciones que van en contra de estos órdenes no califican como situaciones de infertilidad —en los términos de la medicina reproductiva—, y por tanto presentan un escenario novedoso frente al cual la medicina reproductiva debe responder, ya sea generando un orden de sentido que las haga *naturalmente atendibles*, ya sea generando situaciones imposibles de obtener respuesta por parte de las TRA.

La naturaleza sexual del material reproductivo

[...] nosotros [se refiere en Argentina] tenemos el matrimonio igualitario, entonces si una pareja gay quiere tener un hijo, tiene que recurrir a la ovodonación y al alquiler de útero. Ustedes no tienen estos personajes que tenemos nosotros que son los que de alguna manera están embanderando todas estas cosas. [...] Qué sé yo, es un tema medio difícil, porque ya te digo, acá puede llegar una pareja de homosexuales y uno debería de atenderlos como a cualquiera. Pero me parece que entra en juego también otra cosa [...] Vienen porque quieren lograr un embarazo, ¿y quién puede lograr un embarazo? Puede lograr un embarazo la mujer que tiene útero y tiene óvulos. La mujer que no tiene óvulos, pero tiene útero sí puede tener un embarazo, ahora la mujer que no tenga útero no va a quedar embarazada, se va a quedar embarazada otra persona y ya ese es un problema social no médico, ¿entendés? Yo le tengo que decir que no puede lograr un embarazo, lo otro no es una cuestión médica, es social. [...] Me parece que todos nosotros tenemos limitaciones, porque si no las tenemos, seríamos perversos. [...] Y lo que me asusta es que hay, digamos, Florencias de la V⁴³ [...] En un medio como es la televisión, que esta mujer haya dicho en un determinado momento que quería ser madre de sus propios hijos genéticos. Por ahí hay alguien que no entiende lo que dijo, pero si dijo que quiere ser madre de sus propios hijos, quiere decir que quiere utilizar su semen, pero quiere ser madre [...] hay costumbres morales. Incluso para la propia gente que tiene esa condición es a no reconocer que tiene limitaciones como mujer y como hombre (Médico B, Argentina, clínica privada).

Las palabras de este especialista refieren al primer orden mencionado, ya que para él los materiales reproductivos provenientes de un cuerpo biológicamente masculino no deberían considerarse como aporte para la gestación de

43 Se refiere a la travesti mediática argentina, cuyo nombre artístico es Florencia de la V, que tuvo uno hijo y una hija mediante el pago por un vientre de alquiler con su pareja varón. Desconozco detalles sobre quién aportó el óvulo y quién el esperma.

una futura criatura en tanto no son acordes a la identidad de género de quien demanda ser asistido/a.

La Florencia de la V a la que el técnico alude es una travesti argentina con identidad de género femenina, esto significa que apela a una ubicación sociosexual que la reconozca como mujer; parte de esta identidad tiene que ver con tener una pareja masculina, así como hijos. Sin embargo, a nivel de la biología resulta imposible que Florencia de la V aporte gametos reproductivos femeninos.

El límite moral del médico entrevistado se impone frente a lo que para él constituye el orden natural de lo reproductivo, en el cual un sujeto con identidad de género femenino debería aportar ovocitos y por tanto su aporte en términos biológicos debería ser acorde a su identidad de género, lo mismo que alguien con identidad de género masculina solo podría aportar espermatozoides. Es el mismo especialista que en un fragmento de entrevista citado anteriormente señala que no se debería tener prurito en la intervención sobre los embriones en términos de selección de características deseables, porque no debería haber obstáculos morales para la actuación de las TRA. Para este especialista lo que en el caso de Florencia de la V —como emblemático de una serie de casos similares reales o hipotéticos— se está transgrediendo es un orden *natural*.

En tal orden de sentido no resulta contradictorio que algunas clínicas en Europa al brindar asistencia de alta complejidad a parejas homosexuales transfieran a una de las mujeres de la pareja el embrión producto del óvulo de la otra mujer fecundado por espermatozoides de donante. Se logra así, en términos simbólicos, una intervención maternal de ambas mujeres: una aporta el óvulo y la otra es la gestante. No se presenta aquí una contradicción entre lo social y lo biológico, como en el caso anteriormente citado.

La naturaleza reproductiva del vínculo sexual

La manera de dejar simbólica y materialmente fuera del marco de la atención de la medicina reproductiva a quienes no entran dentro de la categoría de infertilidad en tanto patología fue, como dije anteriormente, aludir a la categoría de *pareja estéril* como el sujeto privilegiado de atención.

La necesidad de declarar a la pareja como infértil o estéril es justamente la manera de habilitar la medicalización de la infecundidad involuntaria, de instituir una situación que puede y debe ser abordada desde la medicina reproductiva, institución que se arroga la autoridad para habilitar o negar el ingreso al mundo de las TRA a los diversos sujetos. La declaración de la pareja como infértil o estéril por parte del/la especialista tratante es el primer e imprescindible paso para que se pueda iniciar un tratamiento. La declaración de la pareja como infértil actúa a la manera del ritual, siguiendo a Bourdieu (2007), en cuanto instituye un antes y un después, es el ingreso —o su negación— al mundo de la reproducción asistida:

[...] empezamos a vernos en el 1996, digamos que en el 1999, por ahí, empezamos a pensar seriamente... a dejarnos de cuidar, y no quedábamos embarazados,

hablamos con el ginecólogo de ella que era [nombre del ginecólogo] y me acuerdo que estábamos juntos: no sé, «Yo los declaro pareja estéril» [...] yo le dije «¿qué?!» No, no, y me dice: «Es que si no los declaro pareja estéril, no les puedo iniciar todos los estudios».⁴⁴

Como señalan Diniz y Gómez Costa (2006), la alusión a la infertilidad como una patología de la pareja supone abordar la reproducción tecnológicamente mediada como una ayuda a la naturaleza y no como algo que rompe con el orden de lo natural; más aún, la referencia a la infertilidad como una cuestión de la pareja oscurece el hecho de que la mayor parte de las prácticas médicas relativas al proceso de reproducción asistida se realizan sobre el cuerpo de la mujer (Tamanini, 2009), lo cual reproduce, por parte de la tecnología y sin que exista un cuestionamiento, el lugar de la mujer como reproductora.

Como mencionábamos antes, las TRA han buscado presentarse como herramientas al servicio de la naturaleza, estableciendo así límites de acceso a los tratamientos de reproducción asistida para determinados sujetos o desconociendo su condición sexual diferencial con respecto al sujeto ideal de atención, como ilustraré más adelante a partir del caso de Sabrina y Daniela, pareja lesbiana entrevistada para este estudio, y de otros casos relatados por los y las especialistas.

Diniz y Gómez Costa (2006) advierten que al tomar como sujeto privilegiado de atención a la pareja estéril la medicina reproductiva buscar dejar en claro que su accionar se dirige a mantener una moral destinada a preservar el orden sexual y productivo heterocentrado que se supone obedece a razones naturales.

En este movimiento también se equipara la infecundidad, en tanto ausencia voluntaria o involuntaria de hijos, a la infertilidad, que siempre es una ausencia involuntaria.

Por ello indagar acerca de cómo se construye simbólicamente la frontera entre infecundidad e infertilidad «[...] es de especial importancia para la comprensión de cuál fenómeno moral está siendo protegido por las leyes, normas y protocolos médicos en diferentes países latinoamericanos» (Diniz y Gómez Costa, 2006: 54).

En Argentina la nueva ley, que permite la atención a parejas heterosexuales o parejas homosexuales para materializar el proyecto reproductivo, contempla la infecundidad más allá de la imposibilidad biológica, que en las parejas homosexuales existe por razones no médicas y que en las parejas heterosexuales puede darse tanto por razones médicas como por otras. En Uruguay la alusión a la *pareja infértil* como sujeto al cual se debe brindar tratamientos de reproducción asistida de baja y alta complejidad, en el marco del proyecto de ley recientemente

44 Entrevista realizada por la autora en el marco de la investigación Prácticas heterosexuales y regulación de la fecundidad (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República), dirigida por la antropóloga Susana Rostagnol. El tema de la infertilidad surgió en la entrevista, pero no era uno de los tópicos centrales de la indagatoria (Varón, de entre 40 y 49 años, de estrato socioeconómico cultural medio, medio alto).

aprobado, asume la infecundidad como consecuencia de una limitante biológica, aunque muchas veces esta no sea médicamente detectada, como mencionaba antes a partir de los casos de *infertilidad sin causa aparente*. Aunque la razón médica no pueda ser especificada, se necesita que sea médicamente tipificada: es imprescindible que el saber biomédico constituya una situación de infertilidad para que la pareja pueda comenzar un tratamiento.

Lo cierto es que el avance de la medicina reproductiva y la ampliación de sus horizontes de actuación a partir de demandas de colectivos previamente no contemplados como posibles sujetos de atención de las TRA, así como los propios avances en la investigación y la aplicación de las herramientas biotecnológicas y los años de actuación con sus éxitos y sus fracasos, ha obligado a los/as especialistas en el área a repensar sus maneras de proceder y los sentidos que las orientan.

Si bien la medicina reproductiva comenzó dando tratamiento únicamente a parejas heterosexuales, pasó a enfrentarse en los últimos años a otros sujetos que demandaban también poder cumplir con su deseo de tener una descendencia biológicamente vinculada: algunos sujetos que mencionaba antes, como mujeres sin pareja, mujeres en pareja con otra mujer y varones en pareja con otros varones, pero también otras situaciones como las de parejas heterosexuales que por diversas razones no quieren tener relaciones sexuales coitales, pero sí descendencia biológica.

Siempre se le adjudicaba semen a varones infértiles, no a cualquiera: era un varón que se hacía el estudio del semen y [...] entonces pasaba por el médico y el médico, luego de conversar con la pareja resolvía la adjudicación de semen. Pero si venía una mujer sola no se le adjudicaba y a nosotros tampoco nos gustaba mucho la idea, ¿viste? Yo siempre decía que yo era médica, pero no inseminador. Pero viste que uno va evolucionando, las cosas evolucionan y no te podés quedar atrás, vas escuchando y yo realmente he cambiado mi forma de ver las cosas. Desde que está este proyecto, que aparentemente se va a aprobar y que autoriza a la mujer, entonces nosotros ya vamos cambiando algunas cosas. [...] Es una etapa que yo no la viví, porque simplemente yo decía «no». Pero ahora con esto empezamos a recibir este tipo de mujeres, solas (Médica A, Uruguay, institución mutual).

En los casos como el anteriormente descrito, la medicina reproductiva interviene directamente:

—Hay matrimonios no consumados. Yo tengo en el recuerdo, hay una que me viene a la mente, porque siempre quiso tener tres hijos y nunca tuvo sexo.

—Pero, no entiendo, llegó a la consulta porque no quería tener sexo.

—No, no. Una pareja que a ella le duele y como a él le da no sé qué... y se juntan dos de esos que «Ay, como a ella le duele» [...] A esa pareja yo le hice tres hijos. Digo que yo se los hice, porque venían con el esperma, yo se lo colocaba, superfértil [...] Claro, la reproducción asistida es lo que tiene, te permite tener

hijos sin sexo. [...] Y se acomodan así, en masturbación mutua, en realidad no sé en qué, pero son superfelices (Médica A, Uruguay, institución mutual).

He tenido un caso de una pareja que tenía dificultades coitales, por ejemplo, y encima de que tenían dificultades coitales, por lo cual si no podés tener relaciones, no te podés embarazar, una pareja bien constituida, con mucho cariño entre ellos, pero con esa problemática sexual. [...] Y cuando la estudio a ella, encuentro un fallo ovárico precoz, hizo un tratamiento de ovodonación y tiene mellizos. [...] Están en terapia y están evolucionando muy bien. Se pudo destrabar una cosa de la otra, porque también la presión, cuando se te pasan los años, juega en contra (Médica D, Uruguay, institución pública).

La imagen de la cigüeña, bastante explotada por la publicidad de las clínicas de medicina reproductiva, representa esta reproducción sin sexo. «A história da cegonha, uma mentira tradicional contada às crianças para ocultar a sexualidade dos pais, no contexto da RA, tornou-se real» (Ramírez-Gálvez, 2009: 104).⁴⁵

El fin de la década de los sesenta marcó un cambio cultural —y práctico— de trascendencia para la sexualidad coital, fundamentalmente femenina: la posibilidad de tener sexo sin fines reproductivos gracias a la utilización de los métodos anticonceptivos, que por aquella década comenzaron a difundirse. Recordemos que es recién en el siglo XVIII que empiezan a conocerse algunos de los fundamentos físicos y biológicos de la reproducción y a manejarse el «coitus interruptus»⁴⁶ como forma de contracepción. Si bien el control de la natalidad existe desde tiempos remotos a partir de prácticas anticonceptivas como la sexualidad coital programada y otras prácticas como el aborto y el infanticidio (Martos, 2010), la comercialización masiva de los métodos anticonceptivos fue un hito de gran simbolismo para la liberación femenina en el mundo occidental.

Los discursos citados antes son emergentes de un momento histórico específico en el cual las TRA y las posibilidades que estas tecnologías brindan de producir un hijo biológicamente vinculado sin tener sexo coital o incluso sin haberlo tenido nunca⁴⁷ interpelan una vez más el vínculo entre sexualidad y reproducción, pero en un sentido inverso; ya no es la sexualidad sin reproducción, sino la reproducción sin sexualidad.

Parejas que aún sin tener sexo coital desean una descendencia biológicamente vinculada pueden acudir a las TRA para que las asistan en su deseo. Su deseo de procreación está en consonancia con los arreglos sociosexuales y reproductivos; la posibilidad de lograr la reproducción está en la *naturaleza* de sus relaciones sexuales, en este caso no reales pero sí presuntas. No así en el caso de las parejas homosexuales.

45 «El mito de la cigüeña, una mentira contada a los niños para ocultar la sexualidad de los padres, se torna real en el contexto de las TRA».

46 Coito interrumpido: el control de la eyaculación por parte del varón para que el semen no penetre en la vagina.

47 En Inglaterra se hace referencia al «Virgin Birth Syndrome», síndrome del nacimiento virgen, lo cual lo ubica del lado de la patología por su propia denominación (Shore, 1992).

La medicina reproductiva no codifica la situación de las estas parejas de la misma manera. Como advierte Ramírez-Gálvez (2009), la intervención médica sobre la infecundidad involuntaria refuerza el papel de la medicina en la construcción de los significados referidos a la reproducción, pero también en relación con la sexualidad. La medicina pasa a tener una función política de transmisión de comportamientos deseables en este contexto. El biopoder penetra en estos cuerpos estableciendo un orden sexual deseable (Foucault, 1979a) que es, agregado, aquel que puede desear lo que las TRA ofrecen.

En el caso de las parejas homosexuales las prácticas sexuales no tienen posibilidades biológicas de conducir a la reproducción, por lo cual quedan fuera de una definición de infertilidad como enfermedad del sistema reproductivo. Tampoco el deseo de descendencia biológicamente vinculada para estas parejas entra dentro del orden sexual y reproductivo culturalmente aceptado; las TRA reproducen este orden cultural negando el acceso a estas parejas o, como se desprende de esta investigación, ubicándolas en la misma lógica que a la pareja heterosexual y aplicándoles, por tanto, el mismo protocolo de infertilidad. El biopoder (Foucault, 1979a) actúa aquí tratando al cuerpo sexualmente *desviado* como si no lo fuera, como si cumpliera con la heteronormatividad prescrita.

En este punto resulta de interés el testimonio de Sabrina, en pareja homosexual con Daniela, sobre el trayecto para lograr tener un hijo biológicamente vinculado a partir de una inseminación artificial con semen de donante. Si bien la razón de la imposibilidad de Sabrina para embarazarse de su compañera no estaba en razones de índole biológica, en la clínica uruguaya donde primero fue a buscar una respuesta para materializar su deseo filial se la obligó a transitar por el protocolo de infertilidad. Esto da cuenta de las características del modelo asistencial en el cual se ubican las TRA, fuertemente despersonalizado, basado en rutinas preestablecidas y guiado por la lógica biomédica que sitúa en el orden de la biología las razones de la infecundidad involuntaria.

El relato de Sabrina sobre la reacción del técnico que le hizo las ecografías para identificar el mejor momento para la inseminación con semen de donante es en tal sentido paradigmático. El ecografista esperaba ver, en una mujer en proceso de reproducción asistida, un desarrollo folicular —múltiple— acorde al que se produce a consecuencia de la medicación para ovular; su desconcierto al encontrar un solo folículo era tal que no lograba codificar lo que la imagen le mostraba:

— Me empezó a preguntar qué medicación tomaba, con qué médico me atendía y no podía entender que yo no me estaba haciendo el protocolo.

—Y que no tomabas medicación.

—«No tomo medicación. Me voy a hacer este tratamiento en Buenos Aires y solo quiero saber cuánto mide mi folículo». «Yo no entiendo, no sé con qué me voy a encontrar». «¿Con qué te vas a encontrar?» Era una ecografía: «Tampoco que me va a hacer algo extraño». [...] El tipo no salía del asombro de que estaba

todo bien, tenía dos ovarios, un útero y un folículo por explotar como sucede todos los meses (Entrevista con Sabrina).

El/la especialista que se enfrenta a situaciones de reproducción asistida está predispuesto a encontrarse siempre con una pareja biológicamente estéril. Esto ha sido parte de la constitución de la medicina reproductiva como tal, como una terapéutica cuyo objetivo es la solución de la infecundidad involuntaria a través de la medicalización de la reproducción (Diniz y Gómez Costa, 2006), proceso en el cual el protocolo de infertilidad tiene un lugar de significación central:

—¿Y parejas homosexuales han venido también?

—Han venido, pero son muy raras.

—¿Y qué hacen en esos casos?

—Hoy en día se hace inseminación con semen de donante... [...] se estudia, ¿verdad?

—¿Cómo que se estudia?

—Se estudia a la mujer que se va a hacer la inseminación, porque tiene que estar apta para poder quedarse embarazada con una inseminación. [...] Tenemos una mujer de repente con las trompas tapadas; no va a poder quedar con la inseminación.

—O sea, se le hacen los estudios previos como a cualquier pareja

—Como a cualquier pareja estéril (Médica D, Uruguay, institución pública).

Las parejas o las personas cuya situación no se encuadra en los términos que la medicina reproductiva impone deben transitar por otras alternativas de atención médica que contemplen sus particularidades, como ilustra el caso de Sabrina y Daniela que luego de esta experiencia en Uruguay decidieron asistir-se en una clínica bonaerense en la cual no las hacían pasar por el mencionado protocolo.

Antes la pareja homosexual creo que alguna vez vino, pero le dijimos que no atendíamos ese tipo de caso. Viste que tu rol es de médico y ¿qué hace el médico? El médico cura ¿Qué está curando acá? ¿Acá hay una enfermedad? Acá hay infertilidad... yo estoy acostumbrada a atender, a ver... a poner todo mi saber a disposición de aquellas personas que necesitan asistencia para la reproducción y acá, sí parece que necesitan asistencia en reproducción, pero... (Médica A, Uruguay, institución mutual).

Con el paso del tiempo los/as especialistas han ido realizando procedimientos que antes no hacían y ampliando también de este modo las posibilidades de asistencia de personas o parejas. En algunos casos, como el de la reciente Ley Nacional de Fertilización Asistida aprobada en Argentina, esta posibilidad se ha institucionalizado en un marco de legalidad ampliando la oportunidad de acceso a las TRA a parejas homosexuales o mujeres sin pareja a partir de distanciar conceptualmente infertilidad de enfermedad; llevando la discusión del campo de la salud al de los derechos.

Las razones que desde el personal técnico se aducen para ampliar el acceso a las TRA a sujetos en situaciones que antes no estaban contempladas son variadas;

se trata de acompañar las transformaciones sociales, como es el caso de las mujeres que quieren ser madres sin compañero o las parejas homosexuales que desean tener una descendencia biológica; los cambios sociales de este modo se toman como argumentos naturales para la actuación de las TRA. El otro argumento es el comercial, no negar un procedimiento que de todas formas las parejas o las mujeres van a realizarse en otro lugar.

Al principio el Banco [de semen] no daba muestras para mujeres solas. Yo lo convencí al médico, que es el laboratorio del banco de esperma [...] Al principio estaba reticente a eso y le digo: «Mirá, es tan claro como que la mujer se hace el seguimiento folicular, y se va a Buenos Aires y se insemina, entonces no veo por qué estás negando la posibilidad». Además hoy en día estoy convencido de que la mujer tiene el derecho a tener un hijo. Porque esa mujer sola, hemos tenido trillizos, que se hicieron una fertilización, que hoy deben tener 16 o 17 años, y el marido puso la muestra para la fertilización, puso la muestra y se fue. La mujer los crió... una maestra era. La mujer creo que tiene el derecho de decidir su vida, como cualquier ser humano, y no lo quiere tener por acostarse con cualquiera, me parece que puede ser una buena chance (Médico B, Uruguay, institución privada).

Así los consensos a los que antes aludíamos, que son los que guían el accionar de las TRA —aunque en algunos casos los supuestos sobre los cuales se construyen se naturalicen—, van siempre en un sentido de mayor amplitud, de mayor laxitud al decir de Habermas (2002).

Deseo del hijo e intervención médica creciente... y urgente

Las TRA han ido, de manera paulatina, ampliando su campo de actuación. Esto se ha realizado a partir de dos mecanismos. Uno de ellos es el que describía antes y tiene que ver con habilitar la inclusión de nuevos sujetos de atención, para lo cual los y las especialistas han tenido que generar cambios en algunos sentidos culturales relativos a la reproducción y la atención del deseo reproductivo. El segundo mecanismo es la generación de una sensación de *urgencia reproductiva* que, más que habilita, obliga a las parejas, pero fundamentalmente a las mujeres, a acudir a la medicina reproductiva.

Esta *urgencia reproductiva* ha emergido como producto de una serie de condiciones: la creciente advertencia sobre las consecuencias negativa que sobre la capacidad reproductiva de las mujeres tiene el aplazamiento de la maternidad, algo cada vez más frecuente sobre todo en sectores socioeconómicos acomodados;⁴⁸ el énfasis de las políticas reproductivas en la planificación familiar

48 La tasa de natalidad en Uruguay ha pasado de 15,2 % en 2004, con un total de 50.052 nacimientos, a 14,8 % para el año 2006, lo que representa para este año 47.410 nacimientos; esto significa que ha habido un descenso del 0,4 % en el lapso de dos años (INE, 2007). En Argentina, en tanto, según datos de Index Mundi, la tasa de natalidad ha pasado de 18,59 % en el año 2000 a 16,53 % en el 2007, año en que se registra la menor tasa, llegando a 17,54 % en 2011. En 2004 la tasa de natalidad fue de 17,19 % y en 2006 de 16,73 %, constatándose también en esos dos años una disminución en la variable del 0,46 %, lo mismo

y la maternidad en tanto situación que aún se erige como simbólicamente central para la construcción de la femineidad.

El énfasis dado por la medicina reproductiva al factor femenino como factor decisivo para el éxito de los tratamientos —algo sobre lo que me detendré más adelante en este mismo capítulo—, sumado a una cada vez más tardía edad reproductiva para las mujeres, ha llevado a las TRA a acotar el tiempo médicamente estimado para hablar de la existencia de una situación de infertilidad, pasando de considerarse un plazo de dos años en la década de los sesenta a definirse como plazo un año (Güezmes, 2005) en la actualidad. Así, la biomedicina considera actualmente la infertilidad como la «[...] enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas».49

Esta urgencia reproductiva es parte de un entramado cultural que compar-ten tanto los especialistas como las propias mujeres.

El relato de Ingrid, quien realizó su tratamiento hace 16 años atrás, la edad de sus cuatrillizas, en el marco de una medicina reproductiva que en Uruguay recién comenzaba a desplegar métodos más sofisticados, da cuenta de su urgencia y de la búsqueda de la sofisticación tecnocientífica incipiente. En la entrevista, Ingrid refiere a que en un comienzo realizó procedimientos que ella misma denominó primitivos y que no la llevaban a los resultados que quería, hasta que finalmente la medicaron para promover la hiperproducción de ovocitos y sin otra intervención mediante quedó embarazada de las niñas:

«No te estreses, te quedás en la cama, inmóvil, y te tomás la temperatura». Imaginate que vos estás en mil cosas, pero no te movés. A eso yo le llamo el método primitivo, más unas pastillas que no recuerdo cómo se llaman [...] para ovular. Hay gente que lo logra, yo tengo una amiga que lo logró, con esas pastillas para ovular y tuvo tres hijos [...] Entonces a mí me frustraba muchísimo, porque ya me ves por mis características de que soy ansiosa. Soy tan ansiosa que por eso tuve cuatro, yo creo [se ríe]. Mi ansiedad me llevó a tener cuatro. [...] después que pasó un tiempo, pasaron seis meses, siete meses, algo así, que no pasaba nada, que teníamos relaciones y no pasaba nada, y yo menstruaba y lloraba, entonces yo llamé [a la clínica]. Fuimos los dos y le digo: «Mirá, yo vengo por este motivo, vengo por este problema. Yo me estoy atendiendo por el [nombra la institución mutual] —yo soy muy franca—, me estoy atendiendo con este profesional y hace ocho meses que estoy haciendo esto, no sé si está bien, pero yo lo que quiero es tener un hijo» [Nos reímos porque finalmente fueron cuatro juntas]. Me preguntó qué estaba haciendo, le dije y me dijo: «Bueno, mirá, esto para mí no, conmigo no va. [...] Lo que hacemos es

que para Uruguay. Otro suceso significativo es el aumento en la edad de gestación. Las tasas específicas de fecundidad según la edad materna para el período 1985-2010 para Argentina y Uruguay respectivamente señalan que para Argentina, entre los años 1985 y 1990, la mayor parte de los nacimientos se daban en mujeres entre 25 y 29 años, luego entre los 20 y 24 años y en tercer lugar entre los 30 y 34 años (CELADE).

49 Ver glosario de términos en el anexo.

estimularte a ti, vamos a empezar con [nombre del medicamento]», era todo en inyectables (Entrevista con Ingrid).

El testimonio de Camila, en un momento histórico más reciente, con la medicina de alta complejidad ya instalada en Uruguay, va en un sentido similar. Claro que para las mujeres esta urgencia reproductiva está cargada de la angustia de no poder concretar el deseo y de no contar con todas las herramientas para saber qué pasos seguir para lograrlo.

Empezamos a hablar con mi médico de todos los cuidados previos, de todos los exámenes de rutina y ahí empecé, que no quedaba, que no quedaba. El ginecólogo con el que me atendía no me daba bola⁵⁰ en cuanto a la demora. Era de «está todo bien»... y yo le decía: «A mí me preocupa por lo que son nuestras edades». Él apostaba a que era una situación de estrés, pero si iba a ser por eso, la situación de estrés que tengo no se va a resolver mañana, porque eso no lo voy a arreglar por mucho tiempo. [...] Y cuando fui a hablar con él [médico especialista en medicina reproductiva], realmente me cayó la ficha. Él le dio más de la importancia que yo le estaba dando, me aterrizó enseguida que lo que yo reclamaba al otro médico estaba bien (Entrevista con Camila).

Güezmes (2005) señala que además de la redefinición de este umbral temporal también han variado las situaciones que se considera que requieren la intervención de la medicina reproductiva, incluyéndose entre otras a las mujeres que se embarazan, pero sufren abortos espontáneos a repetición. La reproducción asistida ha ido así ensanchando paulatinamente sus horizontes de actuación.

Esta urgencia reproductiva se enmarca asimismo en un momento políticosanitario en el cual se ha trabajado fuertemente en la planificación de la reproducción,⁵¹

50 Expresión coloquial que expresa que el médico no atendía a su preocupación.

51 Entre 1996 y 1999 se desarrolló en Uruguay el Programa Maternidad y Paternidad Elegida. Dependía de la Dirección y Promoción de Salud del Ministerio de Salud Pública (Diprosa). A partir de este programa se instalaron servicios de anticoncepción en los centros de salud de Montevideo y en el hospital Pereira Rossell (Abracinskas y López Gómez, 2006). Entre 2000 y 2004 se instaló el Programa de Salud Integral a la Mujer (PIM) que se propuso una serie de modificaciones en la modalidad y la calidad de atención, pasando a tener a la mujer y a sus derechos como centro. En 2005 el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, creado en 2005; el Programa Infancia y Familia y Familia en Riesgo Social (Mides-MSR) cuyo propósito es optimizar los niveles de responsabilidad en salud sexual y reproductiva de adolescentes; y también se han desarrollado programas de atención a la mujer a nivel departamental. La Intendencia de Montevideo ha implementado un programa de este tipo en 1996 con veinte policlínicas que aún continúa en funcionamiento y que ha logrado autosustentarse en el plano económico (AUPF, RUDA, 2008).

En Argentina, por su parte, la Ley 25.673 dio origen, en el año 2002, al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Fue una ley conquistada por los movimientos de mujeres, en el marco de las reivindicaciones por el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Argentina había sido un país rezagado en la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en la agenda política nacional. Al año siguiente, el Decreto 1282/03 reglamentó la ley y se puso en funcionamiento una política pública nacional cuyos objetivos eran: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que varones y mujeres puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, disminuir la morbimortalidad maternoinfantil, prevenir los embarazos no deseados, contribuir

acompañada de políticas de distribución gratuita de anticonceptivos⁵² con el objetivo de disminuir los embarazos no deseados así como el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS). Se trata de un escenario que se ha exacerbado a partir de principios de la década de los ochenta con los primeros casos diagnosticados de VIH-sida y políticas tendientes a dar respuesta específica a este flagelo. Este énfasis en la planificación hizo suponer que toda la vida reproductiva podía ser anticipada hasta el más mínimo detalle.

[...] tengo amigas que dicen «vamos a buscar el año que viene», porque este es chiquito o para que nazca en la primavera. No tienen ni idea lo que es no saber si vas a tener algún día. Pero la gente lo hace porque en su vida, en la realidad mucha gente puede planificar, vos sos lo raro. [...] Te da la sensación de que perdés el control de tu vida (Entrevista con Catherina).

Este énfasis en los aspectos relativos a la planificación ha redundado, además, en la idea de que la vida reproductiva puede ser controlada y cuando ello no sucede, emerge el caos, como daba a entender el testimonio de Catherina.

«Visto desde la perspectiva de las prácticas conyugales, la susodicha esterilidad es en efecto muy frecuentemente el simple resultado de un fracaso en la programación de un hijo» (Guthmann, 2005: 107).

[...] También estaba el tema de la edad, que viste que a esos años ya mujer, 38 años, es un poco como más complicado. Y ahí empezamos a buscar y al poco tiempo, claro, se ve que yo me había quedado con la idea del embarazo anterior que se dio rápidamente, fue una vez un descuido y así. [...] Yo tomaba anticonceptivos y los interrumpo para lograr un embarazo y cuando pasaron cuatro meses, decido consultar, al ginecólogo, porque se ve que me había quedado con la imagen, con la idea de que iba a ser rápido también. [...] Una cosa que aprendí con esto y eso sí me quedó grabado a fuego, que con la planificación no... yo tenía tan estructurada la idea de que iba a tener un segundo embarazo

a la prevención y la detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH-Sida y patologías genitales y mamarias, garantizar a toda la población el acceso a la información, la orientación, los métodos y las prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y la procreación responsable, y potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y reproductiva. Además de este programa nacional, existen leyes provinciales (Programa Nacional de Educación Sexual y Procreación Responsable, 2011).

52 Con «anticonceptivo» hacemos referencia, siguiendo a la Real Academia Española, a un medio para evitar la preñez. Cabe advertir que las políticas de distribución de anticoncepción por parte del Estado, a la vez que su aceptación por parte de los usuarios y usuarias, están permeadas por las consideraciones de género vigentes además de por restricciones económicas. En este plano ello significa que los anticonceptivos disponibles son fundamentalmente «la píldora anticonceptiva», depositando así la responsabilidad de la anticoncepción en la mujer. La anticoncepción de emergencia, en aquellas policlínicas donde está disponible, suele ser retaceada en su distribución por el personal de los centros (médicos y otros, entre estas últimas promotoras de salud). El preservativo, por su parte, si bien desde el Estado se incentiva su utilización por ser además de un método anticonceptivo, un dispositivo de barrera para la prevención del contagio de ITS, son los varones quienes prefieren no utilizarlo aduciendo razones como la disminución de la sensación de placer durante el coito o molestias (Rostagnol, 2003).

fácil como el anterior, que lo iba a lograr rápido. Y terminé con todo esto, dije: «ahora yo no sé...» Estas no son cosas que se hacen de un día para otro, hay una planificación atrás (Entrevista con Juliana).

Marcia, que hace años está transitando por diversos tratamientos, señala: Por un lado, cuando vos empezás un tratamiento, es como que te da una inyección de vida, refeliz, porque es el camino para. Pero hay momentos. [...] pero si te lo tengo que resumir, es como renovar esperanzas y yo lo tomo con mucho optimismo. De hecho, las dos últimas veces que fui al médico, que era para empezar un tratamiento, me hicieron la ecografía y ahí estaban los malditos quistes. Y ahí se te va el alma al piso, decís «Ah, otro mes más». Esperar. Claro, yo ya estoy en una edad en la que cada mes cuenta. Y encima ahora estoy por cumplir años y cada vez que cumplo años ahí es medio bajón (Entrevista con Marcia).

Laura, quien estaba esperando mellizos producto de una inseminación asistida, la última —según le advirtieron— antes de pasar a *in vitro*, relata acerca de la planificación de la vida reproductiva con su pareja y de la ansiedad que le provocaba que el tiempo pasara y ella y su pareja no lograran el embarazo:

—Sí, no, me casé en octubre, tenía 30, y en noviembre cumplí los 31. [...] Como a los dos años, o a los tres por ahí, dijimos: «No nos cuidamos más».

—¿Cómo se cuidaban?

—Se cuidaba él.

—¿Con condón?

—Sí, con preservativo, yo nunca tomé pastillas. [...] Y estuvimos dos años buscando naturalmente, o sea, sin cuidarnos y no quedé. Y a los dos años, yo soy socia del [nombre de la institución mutual] y hay una ginecóloga que se dedica a la parte de fertilidad o casos complicados [...] Entonces me dio pase y me empezó a ver. [...]

Y sí... pasaban los años, ya era tiempo y no pasaba nada (Entrevista con Laura).

Las políticas centradas en la planificación y en la idea de *relaciones sexuales protegidas* han generado asimismo una visualización del cuerpo femenino como un cuerpo hiperfértil (Guthmann, 2005) que en una relación sexual *no protegida* conduciría inevitablemente al embarazo.

Claro que las mujeres entrevistadas relativizan esta idea de cuerpo hiperfértil reflexionando a partir de su experiencia sobre las dificultades de la especie humana para reproducirse:

El ginecólogo me explicaba que el ser humano es de los animales el menos fértil. Que en realidad las parejas que no tienen problemas tienen un 10 % de probabilidad de quedar embarazada. Esos embarazos accidentales o el que busca y queda en el primer mes lo miro así, con una cara de envidia (Entrevista con Marcia).

Esta dificultad de la especie humana para reproducirse, esta *ineficiencia*, es aludida también desde la medicina reproductiva como justificación para la actuación biotecnológica (Ramírez-Galvez, 2009).

Existe entonces un discurso proveniente de los organismos estatales, y materializado en las políticas de planificación familiar que enfatiza la prevención, al decir de Camila:

Te hablan de todo lo que tenés que hacer para no quedar embarazada y no te dicen qué tenés que ver el día que quieras quedar embarazada (Entrevista con Camila).

Y coloca así en la trama cultural la idea de que cualquier relación sexual no protegida conduce a un embarazo y otro, proveniente de la medicina reproductiva, centrado en las dificultades que existen para lograr y mantener una gestación, dificultad que aumenta en el contexto de determinadas circunstancias y para la cual el factor femenino es el de mayor relevancia. Así, si bien el tiempo se visualiza como un factor clave a considerar, no se trata de un tiempo que constriña de igual manera a varones y mujeres.

[...] si viene una mujer mayor de 35 años, el problema es la edad, uno de los problemas es la edad, podrá haber otros problemas, pero uno de los problemas es la edad. Y otro de los temas que digo, y por eso es que el óvulo es más importante que el esperma, es «a una vaca sana, cualquier torito la embaraza». Los problemas del semen sí, pero... si la vaca es sana va a embarazarse, si el óvulo es sano (Médica A, Uruguay, institución mutual).

La imposibilidad de lograr un embarazo cuando desde el entramado cultural se refuerza la idea de lo fácil que esto debería ser hace que el tiempo que transcurre entre que se toma la decisión y se produce la gestación se perciba aumentado. Incluso cuando se alcanza el embarazo, según la investigación desarrollada en España por Imaz (2010), la vivencia subjetiva del tiempo de gestación para aquellas mujeres que fueron médicamente asistidas incluye el período de tratamientos, aunque algunos de ellos hayan sido fallidos.

La urgencia reproductiva obliga, cuando no puede dársele una respuesta en el momento preciso, a acudir a la prevención. Los y las especialistas entrevistados/as recalcan que la mejor manera de no tener que pasar por una instancia de reproducción asistida o no tener que en esa instancia acudir a material reproductivo de terceras personas, es actuar de manera preventiva. Esto significa, en la práctica, realizar procesos de criopreservación de óvulos y esperma o de detección precoz de determinadas patologías reproductivas, lo cual implica construir el deseo reproductivo como una esencia pronta a manifestarse en el momento en que la situación lo indique. Supone asumir el deseo de filiación biológica como una situación que en un futuro más o menos cercano todos los sujetos van a querer materializar.

El material discursivo analizado en esta investigación no es el mejor para abordar las actitudes disidentes con respecto a la materialización de este deseo, ya que todas las mujeres entrevistadas acudieron a la medicina reproductiva buscando tener ese hijo biológicamente vinculado. Sin embargo, algunos testimonios desnaturalizan el deseo, ya sea estableciendo ciertos límites a su materialización o reflexionando acerca del contexto en el cual se hizo presente:

[...] a mí los niños siempre me gustaron, pero no me sentía capaz de ser madre. Y después que lo tuve [se refiere a su sobrino], que le di la mema, que lo cambié muchas veces, que iba todos los días a verlo, también, como que me empezó a surgir un sentimiento que no sabía que lo tenía. [...] La conocí a Sabrina y también, fue como que se armó un puzle. Una pieza entraba en la otra. Y Sabrina tenía ganas, alguna vez me comentó que le gustaría tener un hijo alguna vez en su vida y a mí como que también, es con la persona con la que sentís así, ¿no? Y con la que te da seguridad y decís «es con esta persona». Yo he tenido parejas bastante duraderas, de hecho la última me duró 10 años, con esa pareja no me sentí como para embarcarme en ese proyecto. Y con ella siento que sí, que es la persona con la que yo tendría hijos, y me siento tan madre como ella que lo tiene en la panza. Bueno, de hecho queremos intentar que yo pueda amamantarlo (Entrevista con Daniela).

Si bien el deseo de engendrar es una construcción, se trata de una construcción que ha devenido naturalizada —estimada e incluso promovida— para determinados sujetos en ciertas circunstancias; no así para mujeres como Daniela, en pareja con otra mujer. Quizás esa sea la razón por la cual a ella le es más fácil percibir su carácter construido.

La naturalización del deseo para esos otros sujetos social y culturalmente habilitados a desear tener una descendencia biológicamente vinculada, sumado a la idea de que el cuerpo femenino es natural y peligrosamente fértil, hace que la situación de imposibilidad emerja incomprensible:

[...] creo que debería haber un poco más de educación también en ese sentido, desde la base. Porque a mí me pasó como a todo el mundo, que decías «voy a tener hijos algún día» y yo veo hoy a mis dos sobrinas, que tienen un año y medio, y les han regalado bebitos, cochecitos, como el rol... y capaz que ellas no pueden tener hijos. O que optan por no tenerlos. Ponele que opten, pero como que no está preparado para que alguien no pueda tener hijos. Yo creo que la sociedad no está preparada para eso. [...] Entonces es la frustración de una vida. Siempre te dijeron «vos vas a tener hijos» y un día no podés tener hijos. [...] Para la muerte estás preparado, porque lo viviste o porque te lo dijeron, lo escuchaste, que el ser humano nace, se reproduce y muere. [...] Te da pánico, pero sabés que va a pasar; esto nadie te lo dice. Entonces es una crisis existencial muy grande. Y la gente te lo repite: «cuando tengas hijos» (Entrevista con Catherina).

Justamente el pasaje por la medicina reproductiva para materializar la gestación supone asumir esa imposibilidad, actuar frente a ella realizando una serie de acciones expresamente dirigidas al fin deseado o establecer límites para su concreción.

En el orden de querer materializar el deseo, el saber biotecnológico tiene un lugar central y las mujeres deben seguir, pero fundamentalmente desear seguir, los mandatos establecidos por este para lograr concretar ese deseo; parte de los mandatos suponen avanzar en lo que ha caracterizado en occidente a la condición femenina: poner el cuerpo al servicio del otro.

Nosotras nos reímos con un grupo de amigas, que son de [nombre de una organización] y decimos «nosotras disfrutamos las náuseas, disfrutamos el sueño, nos encanta darnos pinchazos, nos hacen ecografías transvaginales día por medio y ya estamos con las patas así [abiertas], no nos importa». Terminás haciendo un posgrado en esto, porque terminás hablando de hormonas (Entrevista con Marcia).

En un similar sentido va el relato de Milagros, en el cual alude a los tratamientos que realizó con el fin de lograr la concepción:

—¿Y vos cómo vivías los tratamientos, las preparaciones para las intervenciones sobre tu cuerpo?

—No me importaba. Me sometía, o sea, si me decían «tenés que tragarte cuatro litros de barro que tenés chance», lo hacía. [...] Ahí llega un momento que decís «me entrego y hago lo que me digan», lo que me digan. Te entregás. «¿Cuántas inyecciones?», «Ocho mil», pin, pin, pin. «Tantas ecografías», «¡Dale!».

El sufrimiento aparece como el costo a pagar para lograr el fin deseado.

—Vos después que ellos te ponen los embriones seguís poniéndote progesterona, seguís tomando los medicamentos, vas preparando el útero.

—¿Vos cómo lo vivías todo eso corporal?

—Horrible. Te sentís mal de a ratos, te cambia mucho el humor. Yo por lo general engordo mucho con ese tratamiento, me hincho mucho y yo no lo vivo bien, porque vivís poniéndote cosas, tomando medicación, es feo, es una fea experiencia, a nivel particular, para mí, ¿no? Pero tratás de verle el lado positivo de que puede llegar a dar resultado y lograr tu objetivo de ser madre (Entrevista con Andrea).

— [...] nos reíamos. Parecía un colador: me sacaba sangre de mañana, hay una semana, diez días, que te sacás todos los días sangre o un día sí y un día no. Después hay una medicación que es autoadministrada, pero es con inyección, que te la das vos [...]. Una cosa que es vía oral en la inseminación, acá es mucho más fuerte, autoadministrable, inyectable, en la barriga. Entonces me sacaba sangre de mañana, me inyectaba una vez en la tarde.

—¿Vos te inyectabas o te inyectaba él?

—No, yo, pobre.

—¿Por qué? Si él puede hacerlo.

—Pero se impresionaba mucho más que yo. No, no. [...] después viene que el día que te internás para la aspiración de esos folículos, que eso es con anestesia general, es una cosa ambulatoria, que ese mismo día también se hace la extracción de la muestra de semen del marido que «se interna contigo». Si bien la que estaba en la camilla era yo, para el hombre es mucho menos invasivo [...] A mí los últimos días me costaba hasta caminar, sentía como todo un peso intraabdominal... porque si una mujer tiene un folículo habitualmente por mes, yo me acuerdo que tuve 12 (Entrevista con Juliana).

Poner el cuerpo de manera activa durante el proceso de reproducción asistida es un modo de legitimar el deseo de maternidad. El deseo y las conductas que siguieron para materializarlo es en el caso de Leticia lo que constituye la

naturaleza del vínculo con sus hijas, dejando en un segundo plano que para la gestación haya tenido que recurrir a un procedimiento de ovodonación. La naturaleza está en su deseo de ser madre:

Ahí empecé a llenarme de hormonas y es bravo, pero yo lo llevé muy bien. Empecé a investigar en internet qué era lo que tenía que hacer, qué era lo mejor, en los foros en español, qué podía hacer para que fuera exitoso, cómo podía ayudar a mi cuerpo. [...] Entonces me hice toda una lista y empecé a comer exactamente lo que había que comer, empecé a tomar exactamente lo que decía que había que tomar. [...] Ayudaba a que el embrión prendiera. Más bien era para la betaespera. Después de la transferencia, tenés quince días que tenés que estar para ver que prenda y son cruciales. Había que comer pescado español, sardina española, que está llena de espinas. Yo odio el pescado y allá iba mi marido al puertito del Buceo a conseguir ese inmundo pescado, yo me lo comía, con un asco... Hice todas las cosas que tenía que hacer, que no te asegura nada, pero ta. Hice reiki para tranquilizarme, previo al tratamiento fui a terapia. Hice una vida sana. Dejé el [nombra un ansiolítico] maldito, [...] empecé, hice una vida completamente sana, mucha agua... [...] Contratamos al SEMM⁵³, porque me habían dicho que tenía que estar acostada, los médicos te dicen «no, no», no importa, yo estaba, hice todo al pie de la letra, hacía todo lo que había visto en internet que decían que había que hacer y Fernando me decía «si querés irte acostada, andate acostada» [...] No soy menos mujer por no haber podido tener un hijo naturalmente, por tener que hacerme una fertilización in vitro, al contrario, lo hice porque realmente lo quiero, lo busqué con todas mis ganas, hice de todo para poder acceder a una fertilización in vitro (Entrevista con Leticia).

Transitar por la reproducción asistida supone así reflexionar sobre la naturaleza de ese deseo, que en definitiva no es otra cosa que preguntarse por los sentidos que lo orientan considerando en esa trama los aspectos relativos a la autonomía de los sujetos y su relación con los constreñimientos sociales y culturales, fundamentalmente las construcciones en torno a lo femenino y lo masculino. Como señala Foucault (2002), no hay deseo al margen del poder.

—Mi madre lo que quería era nietos, yo creo que allí...

—¿Pero sentías mucha presión social?

—No, no. Yo creo que la mayor presión éramos nosotros. Obviamente que sabía las expectativas, mi suegra por ejemplo, porque tenía sus otros nietos, pero lejos, en Las Canarias, pero tenías esa expectativa que también aumenta la ansiedad (Entrevista con Camila).

Para algunas mujeres materializar su deseo de descendencia transitando por un procedimiento de alta complejidad supuso romper con lo que ellas entendían era el orden de la naturaleza:

— [...] ahora lo hablo con más tranquilidad. Pero antes a mí no me gustaba decir que estaba en tratamiento o que mis hijos habían nacido de tratamiento...

—¿Por qué?

53 Empresa privada de emergencia móvil, Uruguay

—No sé, no me resultó tan fácil. A mi esposo, por ejemplo, no le importaba nada «estamos en tratamiento», «el nene es de la era del hielo», o sea, él no tenía problema en decirlo. Pero yo, creo que en el fondo me costó mucho aceptar que tuve que hacer tratamiento, todo eso, ¿no? Me hubiera gustado más haber quedado normalmente, sin problema. Como que es todo una carga, realmente. Ahora lo digo con más tranquilidad, porque ya está y además ahora ha habido un incremento impresionante de gente con tratamiento y después hablando con madres del colegio... (Entrevista con Sandra).

«El nene es de la era del hielo»... dice Sandra, o, como mencionaba Jazmín con respecto a sus mellizos gestados a partir de embriones congelados: «¡Viste qué bien salen después de haber estado en el freezer». Expresado en tono de ironía o a veces de modo de justificación, como me decía telefónicamente una mujer a la que iba a entrevistar y que finalmente no fue parte de este estudio «Mejor venís vos a casa, así también conocés al nene y ves que es normal», todas estas mujeres dan cuenta de un tejido de sentido en el cual acudir a la intervención tecnológica de alta complejidad para lograr la reproducción supone interpelar lo que gran parte de la sociedad entiende que forma parte del orden de lo natural. Ellas son conscientes de haber realizado un acto subversivo con respecto a este orden. Leticia aludía a ello de manera directa:

Muy poca gente lo ve bien [el estar en tratamiento]. Yo no sé si porque no les cae bien, o lo mira como que estás haciendo algo antinatural, o si sos muy católico, porque la iglesia no está de acuerdo y los que son ignorantes, yo qué sé, por ignorancia (Entrevista con Leticia).

Por ello también la manera en que las TRA se presentan, como ayuda a la naturaleza, busca ir corriendo esta frontera simbólica para ubicar tales intervenciones en el orden de lo natural.

Para mujeres como Nirvana, el límite de lo que ella entiende que es la naturaleza se presenta como infranqueable; allí estableció ella el límite a su deseo y por tanto a la intervención biotecnológica.

—Consideré que en un punto yo estaba yendo contra algo natural en mí [...] como que lo consideré que lo natural en mi era...

—No poder...

—Ni siquiera lo veo como un no poder [...] Porque hay personas que posiblemente puedan ver esto como algo frustrante, pero, ni qué hablar que te queda la duda de cómo podría haber sido, ¿no?, como todo [...] Cómo podría haber sido, yo qué sé, haber nacido rubia, ponele (Entrevista con Nirvana).

A pesar de ir en contra de lo hegemónicamente avalado con respecto a la relación entre lo que se concibe como el orden de lo natural y el orden de lo tecnológico, Sandra sabía que su deseo de maternidad estaba socialmente respaldado. Para las parejas homosexuales que recurren a las TRA, al contrario de lo que ocurre con las parejas heterosexuales, la consecución necesariamente planificada del deseo de descendencia interroga otro orden culturalmente hegemónico: el orden heterocentrado. En el caso de Daniela y Sabrina, el tener un hijo desnudó

su homosexualidad y consecuentemente el margen de los arreglos sociosexuales hegemónicos:

El ser homosexual, por lo menos en mi caso, yo sé que soy, mis padres saben que soy, pero nunca se habló. O sea, van a mi casa, ven una cama de dos plazas y viven dos mujeres, pero nunca dijimos nada. [...] Y en este caso no, la idea era que hubiera una familia, que sí había abuelos, había tíos, había primos, que los disfrutara y fuera partícipe. No es una planta que está en el medio del desierto solita. Entonces eso también nos ha ido madurando como personas, diciendo «Nosotros estamos acá, somos dos mujeres, queremos criar un hijo», entonces sí tenemos que ir y decir: «Sí, somos dos madres, no somos dos amigas que nos juntamos para criar este bebé. Sabrina no quedó embarazada por accidente. No, lo planificamos...» (Entrevista con Daniela).

Interrogamos así múltiples deseos de descendencia en su conformación y los sentidos que los orientan. Para todas las mujeres el proyecto filial es un proyecto inserto en un contexto de vida específico: en una relación de pareja (heterosexual u homosexual) o sin pareja, pero siempre en el marco de ciertas condiciones que se entienden como deseables.

Siempre tuve claro que quería ser madre. Siempre también tuve claro que quería buscar el momento adecuado. Yo no era «ser madre a pesar de todo». Quería buscar el momento, la situación ideal, ser madre soltera nunca me lo planteé (Entrevista con Marcia).

El feto supervalioso: último eslabón del control biotecnológico

—Yo les hago al 90 % de los casos cesárea.

—Sí, ¿por qué razón?

—Y porque está comprometido afectivamente, entonces estás todo el final del embarazo que no le puede pasar nada. Y al tuyo no le va a pasar nada, y al de aquella tampoco, pero a este no le puede pasar nada. [...] además tienen una espera de cinco o diez años del hijo, entonces el final del embarazo se hace eterno. Vos tenés la vara mágica y le decís «intérnate que en dos horas tenés a tu hijo», ¿no la vas a usar? Sabés que no le estás haciendo ningún daño, y cuando me vienen con los pajaritos que quieren parir, no es para esa paciente, ¿entendés? Es para otra. Que viene jugando con la salud y la fertilidad, y entonces divino, el broche de oro es tener un parto. Y si se tienen que bancar hasta las 42 semanas; lo bancan perfecto, y si tienen que pasar por un trabajo de parto largo, también, y si tienen un desgarro y terminaron con una anemia, también. Pero estas otras, que vos sabés todo lo que han sufrido por esto, entonces no les querés poner ni un granito más de arena (Médica A, Uruguay, institución mutual).

En el mismo sentido van las palabras del médico entrevistado:

[...] puede haber un parto normal. Pero lo que sí es minimizar los riesgos. Porque lo que se llama «feto supervalioso» no es porque es el feto de esa paciente, sino porque fue muy difícil conseguirlo. Entonces las pacientes que consiguen esto buscan tener todas las precauciones para que al feto no tengan que hacerle un fórceps y después una cesárea, porque no salió por fórceps,

entonces eso aumenta un poco el índice en las estériles de las cesáreas (Médico B, Uruguay, institución privada).

Si bien no es lo que ocurre en todos los casos —Juliana y Sandra tuvieron partos vaginales, aunque en el caso de Sandra estaba planificada una cesárea—, el fin de un embarazo técnicamente asistido termina en la mayoría de los casos —99 %, decía la especialista entrevistada— en un nacimiento programado.

Las razones, según explican los y las técnicas citados, estriban en las dificultades que la madre-pareja tuvo para lograr el embarazo y llevarlo a término. La cesárea es una intervención que brinda al médico mayor control sobre el proceso del nacimiento y por tanto una sensación de seguridad (Schwarz, 2010), aunque no sea el procedimiento preferible en términos sanitarios.

El incremento del número de cesáreas, una práctica que se extiende en todos los continentes (Magnone, 2011) y de la cual no escapa la realidad rioplatense, puede entenderse como parte de lo que Davis-Floyd (1993) ha descrito como el modelo tecnocrático de nacimiento, que se explica por el aumento de la medicalización de todos los procesos biológicos y del parto en particular, con su tendencia a disminuir los riesgos, silenciar el dolor y controlar todos los procesos biológicos; hace parte también de la creciente confianza en el desarrollo tecnológico al servicio de la medicina. Este modelo tecnocrático del nacimiento es así parte de un modelo tecnocrático de comprensión del mundo, de tal modo que no solo quienes lo materializan creen en su eficacia, sino también quienes son atendidas bajo sus presupuestos.

Este modelo basa su eficacia en un despliegue de elementos simbólicos que se ejecutan de manera estándar, haciendo caso omiso de las particularidades de la mujer que esté siendo atendida, bajo el supuesto de que deben efectuarse para que el nacimiento se produzca de manera correcta. La atención está puesta en producir un bebé perfecto, señala Davis-Floyd (1993), un producto que surge como un objeto desarrollado en el seno de diversas tecnologías que además desplazan la experiencia de la mujer gestante: ecografías, monitoreo fetal, cesárea...

En los embarazos logrados mediante la intervención de las TRA la tecnología se introduce en el propio proceso de gestación, incluso antes, al referir de manera simbólica a la sexualidad de la pareja o la persona que se asiste, como antes señalaba.

Así, aunque durante gran parte del embarazo ya no actúe el especialista en reproducción asistida, porque se deriva a la paciente a su ginecólogo/a tratante, la condición que dio surgimiento a ese embarazo se mantiene y se traslada a un feto que, surgido de un proceso medicamente asistido, adquiere la condición de feto supervalioso.

—Y en general las mujeres que llegan al parto y fue por reproducción asistida de diversa complejidad, ¿tienen partos vaginales?

—Si es una persona que tiene 43 años, se hizo cuatro intentos de reproducción asistida, está embarazada por primera vez, es poco probable que le hagamos un parto [...] por los riesgos. Tiene pocas condiciones, pocas posibilidades

de volver a embarazarse. [...] No es un embarazo como cualquier otro, ¿no? Si la paciente es una paciente joven, logró su embarazo enseguida, nosotros hacemos parto, no direccionamos a cesárea. Pero hay que reconocer que esto genera en la pareja mucho temor al parto, su hijo es muy valioso, no es que tu hijo no lo sea, pero tiene una dimensión distinta por todo lo laborioso que fue llegar a él (Médico F, Uruguay, clínica privada).

Tomo esta idea que a manera de sustantivo menciona uno de los médicos entrevistados para convertirla en un concepto analítico en tanto me permite abordar una serie de significados que se construyen en el tránsito por la medicina reproductiva.

La idea de feto supervalioso no solo remite a la inversión económica que supone ingresar en un proceso de reproducción asistida, aunque esta no es desestimable. Tal inversión ronda los 700 u 800 dólares en el caso de procedimientos de baja complejidad, sumando la intervención, los estudios y los medicamentos, y se multiplica por diez o más en las intervenciones de alta complejidad.

El feto supervalioso refiere por sobre todo a las intervenciones tecnológicas realizadas sobre los cuerpos de las mujeres y también sobre el material genético (óvulos o espermatozoides), en virtud del deseo de un hijo biológicamente vinculado. Este deseo no podría haberse materializado —en la mayoría de los casos— sin mediación tecnológica, pero a la vez no podría siquiera ser experimentado en esos términos si no existiera la posibilidad técnica (de conocimientos y herramientas) que hiciera posible su materialización.

En otros casos, como en el de la pareja de mujeres, la mediación tecnológica se hace necesaria, no por lo que se entiende que es una imposibilidad biológica, definida en términos biomédicos como esterilidad o infertilidad, sino porque no hay posibilidad de concepción entre el material genético que cada una de ellas podría aportar. Sin embargo, el cuerpo de la que será la encargada de gestar la criatura solo puede ser leído en los términos biomédicos que acompañan la idea de esterilidad y que se materializan en acciones concretas que configuran el protocolo de infertilidad. Cuando se las interroga acerca del parto, Daniela y Sabrina señalan que están haciendo todo para tener un parto vaginal, así como han rehusado pasar por el mencionado protocolo para conseguir la gestación, porque para ellas embarazarse no es visto como un problema, tampoco el nacimiento es conceptualizado a priori como una instancia problemática, peligrosa, sobre la que haya que intervenir médicamente.

Como hay un feto supervalioso hay una madre supervaliosa que, como relataban muchas de las entrevistadas, hace todo, relega su bienestar corporal e incluso disfruta del malestar de los tratamientos, porque significa que se está recorriendo el camino para lograr conseguir un embarazo y llevarlo a término disminuyendo todos los riesgos que pudieran llevar a la pérdida de este hijo/a; la práctica de la cesárea parecería entrar en esta lógica de disminución de riesgos también.

Este feto supervalioso refiere así a la continuidad de la intervención tecnológica en todo un proceso que no se acaba en la consecución de un embarazo, sino

que depende, para el ejercicio de su poder, del control de todo el proceso que antecede a la concepción (exámenes, intervenciones, consumo de medicación, planificación...), sigue con el embarazo y culmina con el parto. La posibilidad de acción de la tecnología requiere a su vez de determinadas corporalidades que acompañen estos procesos.

—¿Y ahora te dijeron que va a ser cesárea? ¿Sí o sí?

—Sí, me dijeron que siempre que son múltiples te programan, o este doctor, que siempre que son más de uno, te hace cesárea.

—¿Eso lo conversaste con él? [...] ¿No te importa?

—No. Mientras ellos estén bien, a mí que me parta un rayo (Entrevista con Laura).

La disposición femenina a la medicalización de sus cuerpos, fundamentalmente en aquellas mujeres que transitan tratamientos de reproducción asistida, sumado a un orden discursivo que coloca al hijo biológicamente vinculado en primer término frente al bienestar de la mujer y un contexto historicocultural en el cual el parto institucionalizado ha pasado a ser la forma natural de nacer, justifica la cesárea, como último eslabón de un proceso de tecnificación continua para obtener a ese feto supervalioso que es el hijo biológicamente vinculado.

El lugar de lo femenino en la construcción biotecnológica del parentesco

En este capítulo abordo los significados culturales a los que apela la medicina reproductiva para establecer el vínculo biológico en diálogo con los sentidos que las mujeres ponen en juego, fundamentalmente en aquellas situaciones en las cuales ha existido intervención de material genético de personas ajenas a la pareja.

¿Cómo se traza culturalmente la vinculación biológica cuando intervienen en el proceso reproductivo materiales genéticos de terceros? ¿Qué sentidos componen el deseo de vinculación biológica? ¿A qué sentidos apelan los y las entrevistados/as para definir la filiación?

Me detengo a considerar cuál es el lugar de lo femenino —el cuerpo femenino y sus materiales reproductivos— en estos procesos de simbolización y cómo ello incide en los modos de llevar adelante las prácticas médicas a la vez que a transitar subjetivamente la imposibilidad de gestar o la gestación cuando ella se produce.

En esta simbolización del nexo parental también resulta de vital importancia la divisoria entre aquello que se entiende forma parte de la naturaleza y aquello que se sitúa en la órbita de la cultura.

Para este análisis apelo a la noción antropológica del parentesco y específicamente a la perspectiva teórica constructivista con respecto a este tema.

El vínculo biológico como clave del parentesco occidental

La antropología se ha dedicado al análisis de la filiación en el contexto de los estudios de parentesco. Estos estudios tienen como piedra de toque los dos tomos de *Las estructuras elementales del parentesco* de Lévi-Strauss, editados a fines de la década de los cuarenta.⁵⁴

Según Bestard Camps (2003), existen dos modelos analíticos del parentesco. El primero de estos, que el autor denomina estándar, toma los lazos de consanguinidad como elementos naturales de los cuales se derivan las relaciones de reciprocidad entre quienes, a partir de estos lazos, se vinculan como parientes por filiación. La filiación estaría dada por los hechos de la naturaleza, específicamente por la procreación, mientras que la afinidad sería producto de las relaciones parentales elegidas. Las investigaciones de Lévi-Strauss se sitúan dentro de este modelo que estuvo además dominado por la teoría de la filiación y la teoría de la alianza.

54 El título original es *Les structures élémentaires de la parenté*. Fue publicado en francés por Mouton & Co., París: La Haya, 1949.

Su corriente crítica, denominada constructivista, que comenzó con Schneider en la década de los ochenta y en la cual se inscriben entre otros Bestard Camps, señala que existe una mediación cultural entre los hechos reproductivos y las relaciones de parentesco. Podría decirse que no siempre son la sangre y los genes los elementos relevantes para establecer relaciones filiales; no hay tampoco como consecuencia una diferenciación entre el parentesco filial, que para el modelo estándar es consecuencia de relaciones naturales y por tanto inmutables, y las relaciones elegidas. Optamos por lo que resulta significativo para ligarnos emocional, económica, social y personalmente a otro individuo. Así, las relaciones de parentesco emergen como producto de un proceso y no de un estado del ser. Tanto las relaciones de filiación como las de afinidad son resultado de ese proceso.

Desde esta misma perspectiva, Yanagisako y Collier (1994) señalan la importancia de acercarse a las categorías nativas sobre reproducción humana, de investigar cómo estas categorías construyen relaciones parentales y qué lugar tienen los arreglos sexuales y genéricos en uno y otro proceso. La articulación de estas tres categorías conceptuales emerge como un asunto de relevancia especialmente cuando estudiamos estos procesos en la sociedad occidental, para la cual el parentesco ha estado fundado en la reproducción sexual, la que a su vez constituye el centro de la organización social del género.

En nuestra noción euroamericana de parentesco, los elementos simbólicos de relevancia para construir las relaciones de filiación remiten a la biología y fundamentalmente a la sangre; estas son las metáforas del vínculo parental. La propia noción de parentesco, como señaló Schneider (1984), es una noción europea fuertemente centrada en la sexualidad y la biología. A partir de 1953, cuando Watson y Crick dan cuenta de la estructura de doble hélice del ácido desoxirribonucleico, más conocido como ADN —descubrimiento que les permitió explicar el almacenamiento y la transmisión de la información hereditaria—, la metáfora de la sangre para hablar de la similitud genética cedió el lugar al ADN como marcador de la identidad compartida. El ADN pasó entonces a ser la metáfora del vínculo parental (Simpson, 1998).

En virtud de esta noción euroamericana del parentesco, los hechos considerados naturales de la procreación serían, según Strathern (1992 en Diniz y Gómez Costa, 2006): la relación sexual, la transmisión de los genes y el parto; procesos biológicos encargados de establecer, de forma natural —deberíamos decir naturalizada—, el vínculo parental.

La reproducción asistida nos coloca en un nuevo escenario para pensar el parentesco; estamos, señala Bestard (2009), en un sistema de parentesco pos-complejo, en tanto trasciende las estructuras complejas a las que refería Lévi-Strauss de elección del cónyuge para penetrar en la construcción cultural de los propios procesos biológicos:

Un sistema, donde la elección [...] se extiende a la relación de filiación que se plantea como el fruto de un proyecto parental. Ello corresponde a los últimos desarrollos del parentesco en el mundo occidental. Elegimos a los hijos a través de las tecnologías reproductivas (Edwards et al., 1993) y elegimos a los hermanos y padres a través de las «nuevas familias recompuestas» (Martial, 2003) y escogemos a las familias en los matrimonios gays (Weston, 1991). El mundo de lo construido se extiende más allá de la naturaleza; lo que viene dado es simplemente la obligación de escoger (Bestard, 2009: 89).

El autor no se refiere únicamente al horizonte cultural que las TRA habilitan, pero la transformación cultural que la implementación de estas exige resulta más revolucionaria que cualquier otra en tanto penetra en el sentido mismo de la biología, donde residen nuestras más firmes convicciones con respecto a la construcción parental.

Con las TRA no es necesario que las parejas mantengan relaciones sexuales para concebir, tampoco tiene que haber un aporte en términos genéticos de los futuros progenitores legales y por tanto poco importa el aporte que biológicamente cada una de las partes pueda realizar, abriendo de este modo la posibilidad de un parentesco homosexual con hijos tecnológicamente producidos. Sin embargo ¿pueden las condiciones antes mencionadas ser culturalmente eludidas? ¿Existe realmente una revolución en nuestras convicciones culturales con respecto a qué constituye el parentesco?

Diniz y Gómez Costa (2006) señalan que, si bien las tres condiciones antes mencionadas puede ser evitadas o sustituidas, no pueden ser suprimidas:

[...] aunque no sea necesaria la relación sexual para la reproducción asistida, el parentesco euro-americano presupone que ya haya existido y que ya se haya instaurado la relación heterosexual para el parentesco (Diniz y Gómez Costa, 2006: 58).

Algunos de estos aspectos ya fueron abordados en el capítulo previo y, si bien volverán a mencionarse porque forman parte de una trama de sentido fuertemente imbricada, de aquí en más me centraré sobre la importancia que en medicina reproductiva se otorga al nexo genético y a cómo este se construye simbólicamente cuando no existe material reproductivo de la pareja.

Una manera de construir ese nexo de manera simbólica es buscar donantes de semen u óvulos con características fenotípicas similares a la pareja que recurre a las TRA; se emula de este modo la participación genética del integrante de la pareja que no aporta su material reproductivo, trasladando así al orden biotécnico los preceptos que se supone que guiarían el orden natural. Las semejanzas actúan como metáforas del parentesco, porque en cualquier caso el parecido está en los ojos de quien observa (Delaney, 1986 en Diniz y Gómez Costa, 2006).

En relación con el parto el asunto se torna más complejo. Si bien los y las especialistas en medicina reproductiva insisten en que no deberían ponerse trabas a la subrogación de útero por cuanto es la única posibilidad que tienen muchas parejas de tener un hijo biológicamente vinculado, hacen énfasis en lo que he

dado en llamar uterización del vínculo, que justamente apela a la gestación como manera de establecer el vínculo filial, fundamentalmente cuando intervienen materiales genéticos de personas ajenas a la pareja.

Actuación biotecnológica y naturaleza del parentesco

Siguiendo la propuesta de Strathern (1992), las nuevas relaciones de parentesco que posibilitan las TRA sirven como un lenguaje que informa dónde se sitúa el límite de la aceptabilidad cultural con respecto a determinados procedimientos biotecnológicos. Las TRA permiten que una mujer geste un embrión producto de la inseminación de un óvulo de su hija con el esperma de un donante; pero esto que es posible en la dimensión técnica, ¿es culturalmente aceptable?

La pregunta por los significados que construyen el lazo filial resulta pertinente cuando interviene la medicina reproductiva y fundamentalmente en los tratamientos de alta complejidad, cuando interviene material genético de personas ajenas a la pareja, y podría decirse que es culturalmente impertinente cuando la descendencia es producto de una gestación en la que no interviene tecnología reproductiva. En estos casos la naturaleza del vínculo aparece como una obviedad, porque su significación está depositada en procesos biológicos, los que para la cultura occidental constituyen la base natural del parentesco.

Por ello la introducción de las TRA, y con ellas la posibilidad de utilizar material genético de terceros en tratamientos de alta complejidad, genera un contexto ideal para reflexionar sobre el lugar del material genético (femenino o masculino), la intervención tecnológica, los procesos biológicos o el deseo... en la construcción del vínculo filial.

Algunas de las entrevistadas, como Jazmín, Milagros, Camila y Laura no consideraron la posibilidad de recurrir a gametos de terceros, porque nunca llegaron a tal instancia en sus tratamientos. Milagros acepta que de haber continuado sin poder gestar seguramente se lo hubiera planteado, lo mismo Camila; Jazmín señala que si hubiera tenido que transitar una tercera *in vitro* y hubiera pasado nuevamente por el tratamiento hormonal a fin de preparar su cuerpo para la transferencia de embriones frescos hubiera aceptado donar algunos de sus óvulos. Todas las demás entrevistadas se plantearon o se plantean para un futuro —aquellas que cuando fueron entrevistadas aún no habían logrado tener descendencia— la donación-recepción de óvulos con diversas respuestas.

Para todas, la incorporación de material genético de terceros en la gestación supone traspasar un límite de sentido, tomar distancia de consideraciones que tenían muy arraigadas y reconsiderarlas. Se trata de un límite que se va corriendo en la medida en que el procedimiento se torna más habitual y consecuentemente se va naturalizando, y que ellas terminan tratamientos sin alcanzar el resultado esperado:

—¿Y hay resistencia a recibir óvulos de otra mujer por parte de una paciente?

— [...] hace seis o siete años que hago ovodonación y al principio, cuando le digo a una paciente que no tiene óvulos que sirvan, sale corriendo del consultorio. [...] Pero ahora en estos últimos dos años he visto que ya no les causa tanta resistencia que yo les diga de la ovodonación, algunas ya vienen pensando que podría ser para ellas. Muchas no lo quieren (Médico C, Uruguay, institución mutual).

Si bien las TRA se encaminan a priorizar el vínculo genético con el hijo presentando la ovodonación-ovorrecepción y la espermodonación-espermorrecepción como últimos recursos —justamente por ello la icsi y la criopreservación de material reproductivo se consideran procedimientos fundamentales—, en los últimos años se ha comenzado a incentivar que las parejas tomen el camino de la ovorrecepción de manera más pronta a fin de no dejar pasar mayor tiempo, lo que supone un paulatino deterioro de las gametas.⁵⁵ Para muchas mujeres recurrir a la ovodonación significa lograr un resultado más rápido sin tener que seguir pasando por diversos procesos con sus respectivos costos.

Para las mujeres no se trata de un tema menor, porque en él se juegan muchas de las posibilidades de materializar el deseo de la descendencia. En el contexto de la reproducción asistida, advierte Bestard (2009), un óvulo donado-recepcionado no implica una conexión con la persona que aportó ese material, sino la posibilidad de establecer una descendencia. El parentesco no solo remite así al pasado, sino también al futuro, como materialidad y como posibilidad. Los procesos de reelaboración del vínculo parental en medicina reproductiva ilustran acerca de un devenir entre un parentesco cuyos símbolos están depositados en la herencia genética y un parentesco que se reelabora en términos de deseo.

Catherina ponía en consideración algunas de estas aristas de la ovodonación-ovorrecepción al plantearse ese procedimiento como una posibilidad de futuro:

Mi esposo tiene ese problema y yo tengo este otro, pero en realidad lo que se plantea más es la donación de óvulos. Porque el espermatozoide morfológicamente no es bueno, pero tiene eso, millones por eyaculado. Los óvulos, ellos eligen el mejor por icsi, porque hacemos icsi, inyectan ese en el óvulo. Lo que yo tengo, que es baja respuesta ovárica, va asociado a una mala calidad ovocitaria. El tema es que el óvulo no se puede estudiar adentro, porque estarías rompiendo... pero según ellos va relacionado. Entonces en todo caso donar un óvulo, pero también te dicen «¿con esta edad?» Yo dejaría la ovodonación para un caso en que ya realmente mis óvulos no dan, pero también depende, porque hay chicas que se han hecho ovodonación con dos in vitro negativas, porque no han querido hacerse más in vitro (Entrevista con Catherina).

Solo una de las entrevistadas para esta investigación logró su embarazo con óvulos de otra mujer. En la entrevista, Leticia se refirió a que esa información es algo que ella y su pareja mantienen en secreto; solo saben del procedimiento sus hermanos y otras mujeres en tratamiento de reproducción asistida con las cuales ella tiene un contacto fluido a través del sitio Uruguay Procrea. La razón del

55 Si bien el deterioro es para ambos tipos de gametas, hay un énfasis en el deterioro de los ovocitos.

secreto está en proteger a las niñas de un entorno social que todavía no acepta el procedimiento por ir en contra de los preceptos de la religión católica, religión a la cual la familia del esposo de Leticia pertenece.

Más allá de la condición de Uruguay como país laico, la religión católica sigue calando muy fuerte en todas las instituciones y la población que sigue de manera ortodoxa sus preceptos no acepta los procedimientos de fecundación in vitro ni tampoco a las personas que nacen gracias a estos procesos:

La primera hija⁵⁶ que nosotros tenemos está ahí [me muestra una foto], que es abogada y viene acá enfrente [...] un día, un señor que vive acá al lado [...] le dijo cómo es que iba a la escuela católica si ella había nacido por fertilización in vitro. Y ella tiene el orgullo de haber tenido una vida plena y de estar en este mundo, y le dijo: «yo, por esa técnica a la que usted se opone, que se opone sin tener argumentos más que valederos que del punto de vista religioso a su concepto, yo estoy sentada acá y me voy a recibir de abogada». Él no le contestó nada. (Médico B, Uruguay, clínica privada).

De todas maneras las intervenciones de alta complejidad son cada vez más requeridas por las parejas y dentro de estas también los procedimientos de ovorrecepción o espermorrecepción —este último se utiliza en menor medida—. Aun así, la manera en que estos procedimientos se realizan da cuenta de un tejido cultural para el cual no forman parte de lo naturalmente aceptado. Por ello la intervención busca invisibilizar el aporte de terceros a fin de alimentar la ficción del modelo biológico parental.

Álvarez Plaza (2008) sostiene como tesis central de su investigación en reproducción asistida, en la cual toma como eje los procesos de donación-recepción de gametos, que la ideología básica del parentesco en la sociedad occidental, centrada en el vínculo entre consanguinidad y filiación junto con la construcción biocéntrica de la identidad, es un modelo de referencia que sigue vigente. En tal sentido, los gametos no son meras herramientas para las personas que ingresan en tales procesos, sino que «[...] representan elementos de identidad y pertenencia» (Álvarez Plaza, 2008: 13).

La invisibilización del aporte de material genético de terceros en los tratamientos de alta complejidad se logra mediante dos mecanismos: el anonimato en los procesos de donación-recepción y la búsqueda de similitudes fenotípicas entre receptores y donantes. Más allá de otras razones que se aducen para la búsqueda de similitudes fenotípicas, entre ellas la presunta mayor integración del/a niño/a nacido/a al contexto familiar (Álvarez Plaza, 2008), tales similitudes permiten garantizar el ocultamiento.

El carácter de donación que se le imprime al intercambio permite además eludir su carácter mercantil. En el procedimiento de donación en paralelo (de ovocitos), al que referiré más adelante, este carácter mercantil es aún menos evidente que en el procedimiento denominado donación pura. De hecho, uno de

56 Nótese que el entrevistado se refiere a esta primera mujer, gestada por un tratamiento in vitro, como hija.

los argumentos para sostener la legitimidad del primero de los procedimientos por parte de quienes lo practican es aludir a su componente social: una mujer en tratamiento ayuda a otra en tratamiento.⁵⁷

Pero retornando a los mecanismos de ocultación de la intervención de material genético de terceros cabe señalar que tanto en Montevideo como en Buenos Aires la equiparación de características fenotípicas entre receptores y donantes de material reproductivo se busca de manera activa. Los/as especialistas asumen la importancia de ello como parte del procedimiento.

—¿Y buscan características fenotípicas?

—Sí, sí.

—¿Eso lo solicita la pareja o es algo que la clínica hace habitualmente, como parte del procedimiento?

—Lo solicita siempre la pareja para que se parezca... La mujer solicita que se parezca a la mujer, es un tema para que si ella logra el embarazo y tiene un bebé, el bebé tenga cierto parecido físico. Pero además nosotros lo hacemos igual, no necesitamos que nos diga lo que uno busca, un cierto parecido, es para que, si todo sale bien, no haya diferencias físicas muy notables entre los padres y ese bebé (Médico C, Argentina, clínica privada).

La medicina reproductiva busca emular la naturaleza, producir lo que asume que sucedería si no interviniera material genético de terceros. Hay en ello una preocupación por recuperar la naturaleza. Como subraya Ariza (2012) a partir de su investigación sobre los registros llevados por las clínicas en torno a los procesos de ovodonación-ovorrecepción, lo que se entiende como normas de la naturaleza son todavía un referente para organizar la práctica de la medicina reproductiva. Lo señalé antes al referirme a la relación entre actuación de las TRA y ciertos arreglos sociosexuales y me detendré ahora en ver cómo estas normas de la naturaleza se ponen en juego en el trazado del vínculo filial. ¿Cuáles serían las normas de la naturaleza a las que alude Ariza (2012) a partir de las cuales las TRA orientan su actuación en relación con la consecución del parentesco?

Una de las normas que rige y que permite el ocultamiento de los procedimientos de ovo o espermodonación-recepción es la búsqueda de las similitudes fenotípicas. Así se garantiza que quien no aporta directamente material genético está sin embargo representado en este aporte por alguien con sus características fenotípicas. En esta operación simbólica se asume que las similitudes fenotípicas responden directamente a la información contenida en los genes.

En el caso de las parejas homosexuales de mujeres, también —como en las parejas heterosexuales— se busca material genético que permita representar el aporte genético ausente. «La continuidad genética, literal o simulada, constituye

57 Una mujer en tratamiento de reproducción asistida, pero con buenos óvulos dona parte de su material reproductivo a otra también en tratamiento, pero a la que sí se le ha detectado un problema a nivel ovocitario. La segunda costea a cambio parte del tratamiento de la primera.

una fuente integral de las tentativas de proporcionar unidad a la familia lésbica» (Hayden, 1995 en Ramírez-Gálvez, 2005: 80).

En el caso de Daniela y Sabrina se buscó un donante de semen con características fenotípicas similares a las de Daniela, ya que Sabrina iba a ser la gestante.

—¿Por qué buscaban que tuviera tus características fenotípicas?

—Y porque también la idea es que tuviera algo de mí. Ya que yo no puedo darle semen ni puedo participar biológicamente de esto, aunque sea que se pareciera en algo a mí. En Estados Unidos buscás por catálogo «Este, que nos gusta. Es profesor de matemática, mide tanto, pesa tanto, yo qué sé, hace gimnasia, esgrima, no sé cuánto» y lo buscan así. De todas maneras para nosotras estaba bueno no saber quién es (Entrevista con Daniela).

Si bien se podría haber apelado únicamente al parecido con Sabrina, quien aportaría el óvulo, hay una preocupación por hacer participar genéticamente a ambas mujeres: en el caso de Sabrina directamente, mientras en Daniela simbólicamente, a partir de la búsqueda de características fenotípicas similares con el donante de semen.

El anonimato en el sistema de donación-recepción de material reproductivo, por su parte, busca evitar, en el orden de lo reproductivo, las alianzas culturalmente imprevistas. La medicina reproductiva no avala aquel deseo que va en contra de lo culturalmente estipulado en términos de relaciones parentales; por ello no se recurre a material reproductivo de conocidos que pudieran tener algún vínculo social con la pareja y menos aún de parientes. Los arreglos culturales informan así la actuación biotecnológica, por lo menos en el Río de la Plata.

[...] la mujer dona células y la otra recibe células, esa célula no viene con una foto atrás, por eso no aceptamos familiares. «Yo quiero que mi hermana done», «No». Porque «¿Qué va a ser este niño? ¿Va a ser tu sobrino o tu hijo? ¿Vos querés un hijo para tu familia? Entonces que no venga con una foto atrás, que sea solo para ustedes.» (Médica E, Uruguay, clínica privada).

Ello va en consonancia con la idea de las TRA como herramientas que ayudan a la naturaleza, que prolongan en la dimensión biológica arreglos culturales, sin contradecirlos. Se produce de este modo una biologización del parentesco.

—Y la ovodonación, ¿alguna vez pensaron?

—Sí, me lo plantearon. Pero ahí un poco mi esposo fue el que no quiso, porque él quería tener un hijo conmigo, no con otra mujer (Entrevista con Nirvana).

Resulta importante señalar que este sí es un límite de poder que la medicina reproductiva erige frente a lo que puedan ser las posibilidades de quienes están en tratamiento. La discrecionalidad en la decisión de quién dona a quién se deposita en los técnicos y técnicas del área; son estos quienes definen la relación posible entre donante y receptor, no se consulta a la pareja si desea que sea un familiar cercano quien done, sino que se asume que no sería adecuado.

Hay otro aspecto relevante en la gestión de los procesos de donación y recepción de material reproductivo: la elección del donante no solo en virtud de su

vínculo con los sujetos receptores, sino por sus propias características, que serán evaluadas en términos de lo normal y lo deseable por oposición a lo anormal y lo indeseable.

Usted ponga a una de estas muchachas que tienen tres o cuatro internaciones porque estafaron, robaron... ¡espere un poquito! Nadie quiere tener esos antecedentes (Médico C, Uruguay, institución mutual).

Resulta así de interés considerar la donación y la recepción de material reproductivo como parte de la biopolítica, entendida esta como una manera de control sobre la reproducción social (Foucault, 2002).

En efecto, la regulación de la donación de gametos puede ser vista como ejercicio de un tipo posdisciplinario de vigilancia, en la medida en que ya no monitorea a individuos constituidos, concebidos como peligrosos, enfermos o «desviados» y por lo tanto de carácter amenazante para el todo social, sino que intenta administrar el riesgo de constitución de una población enferma como tal, interviniendo en los procesos moleculares de esta constitución [...] (Ariza, 2012: 144-145).

El control sobre los materiales reproductivos habilita además prácticas eugenésicas destinadas a hacer prevalecer determinadas características deseables en la descendencia a la vez que a evitar otras que podrían generar riesgos futuros para la persona, pero también para el conjunto social.

[...] no a toda mujer que esté en condiciones de donar la aceptamos. Buscamos un nivel cultural adecuado. Tal vez falta educación por un tema de costos, tuvo que empezar a trabajar, pero no porque su nivel intelectual no sea adecuado (Médica E, Uruguay, clínica privada).

Ello va en el sentido de lo observado por Amador Jiménez (2010) en su investigación sobre subrogación de útero en la India. Mientras las que ponen su vientre son las mujeres indias, los óvulos, si no provienen de la integrante de la pareja con la que buscan el hijo biológicamente vinculado, se compran a mujeres europeas, no indias; seguramente en esta decisión no intervienen únicamente consideraciones fenotípicas. En un sistema en el que priva lo mercantil, las características fenotípicas que se reproducirán serán además aquellas que porten quienes pueden pagar para su reproducción.

El proceso de antropomorfización del material reproductivo

La posibilidad de generar otro individuo con el cual establecer un vínculo parental supone también pensar en qué momento se constituye ese otro. Aludo con esto a lo que con Álvarez Plaza (2008) denominé *proceso de antropomorfización*. El estatuto humano del embrión es una de las cuestiones que más controversias ha causado en medicina reproductiva y también más reacciones en contra de los procedimientos de alta complejidad desde instituciones como la Iglesia Católica.

La línea divisoria entre lo humano y lo que no lo es ha buscado definirse siempre en función de procesos biológicos, a pesar de que, como advierte Mujica (2009), la idea de ser humano es una construcción que obedece a un contexto cultural e ideológico determinado. En muchas culturas el ser vivo se convierte en ser humano, es reconocido por la comunidad como un integrante más, al cumplir cierta edad y no antes. En nuestra cultura occidental moderna, sin embargo, existe una percepción cultural de la vida humana prenatal (Habermas, 2002) especialmente exacerbada a partir del desarrollo de tecnologías como el ecosonograma, tecnologías que han adelantado la antropomorfización del producto de la gestación al permitir verlo adentro del útero y atribuirle cualidades y comportamientos humanos (Rayna Rapp, 1997). La medicina reproductiva dialoga de manera constante con estas ideas, ya que es un campo desde el cual se está construyendo, a partir de las prácticas y los discursos que las sostienen, esta idea de lo humano.

Para la medicina reproductiva la atribución de cualidades humanas al material genético implicará límites culturales que podrán —o no— traducirse luego en límites para la intervención biotecnológica. Desde el punto de vista técnico, un embrión puede mantenerse en estado de congelamiento por tiempo indeterminado, pero ¿cuál es el límite de tiempo socialmente tolerado para su manutención en tal estado? (Salem, 1997).

Para Salem (1997) existen grosso modo tres posiciones que emergen en el debate en torno a cuándo darle al material reproductivo estatuto humano. En un extremo del debate están quienes otorgan estatuto humano al embrión desde su concepción. En esta posición se encuentra el discurso del catolicismo ortodoxo. Algunas posturas más moderadas también dentro de la Iglesia Católica aceptan los procedimientos *in vitro*, mientras que todos los embriones resultantes de la fertilización se transfieren al útero. En el otro extremo están quienes asimilan el embrión a cualquier otro tejido humano y por tanto igualmente manipulable, y en una tercera posición están quienes, si bien no consideran que el embrión posee el estatuto de persona, entienden que debe tenerse para con él consideraciones especiales en tanto persona humana potencial.

Quienes trabajan en medicina reproductiva recalcan que el material que se maneja en laboratorio dista mucho de poseer un estatus humano. El límite al que la medicina hace referencia es el de los catorce días, etapa hasta la cual se le denomina al producto de la fecundación, a partir de la década de los ochenta, preembrión (Salem, 1997). Los argumentos para no considerar a ese producto embrión se encuentran en su imposibilidad de sentir placer, posibilidad que recién se instauraría a partir del día 22-23 de gestación, cuando comienza a formarse el sistema nervioso; la alta tasa de mortalidad natural antes de ese período y que es recién entre el día 14 o 15 de gestación que comienza a formarse la línea primitiva, la que posteriormente dará lugar a la columna vertebral y es importante en cuanto demarca el último estadio para que ocurra una duplicación

espontánea del embrión; hasta ese momento las células se pueden dividir para dar lugar a más de un individuo (Salem, 1997).

También dentro de la medicina y la biología hay otros criterios para otorgarle el estatuto de persona humana al material producto de la gestación: uno de esos criterios es la fijación del embrión al útero, la cual se completa en el 12.º o 13.º día de vida intrauterina y otra la viabilidad, esto es, la posibilidad del feto de subsistir de manera independiente fuera del útero, posibilidad que hoy, consecuencia de las biotecnologías, alcanza las veinte semanas de gestación.

[...] si vos te vas a la parte inicial de la vida, vos podés discutir cuándo se inició la vida, en qué momento, pero podés discutir con razones religiosas que todo lo creó dios o en la biología. Cuano hay un pronúcleo de uno y pronúcleo de otro, hay células, que pueden tener un potencial reproductivo o no... Y aún más, teniendo la posibilidad de tener una evolución de un embrioncito tú lo transferís el día cinco o el día tres, ese embrión puede implantarse o no, y si no se implanta, no es por la calidad del endometrio, es por el embrión. Más aún, cuando vos transferís tú no tenés lo que se llama individuación, porque ese embrión aún puede dividirse en dos, y es un gemelar idéntico, y no es un individuo solo, sino dos. Entonces hay un montón de cosas que tienen que ver con ese tipo de razonamientos biológicos que van desde que hay fertilización o que entró el espermatozoide hasta que tiene espina neural o hasta que tiene actividad cerebral, qué es vida (Médico B, Uruguay, institución privada).

Una vez más: se trata de argumentos que toman la biología como su sustento argumental, pero que en las mismas divergencias en torno a dónde trazar el límite de lo humano-no humano evidencian su carácter construido.

Los testimonios de las entrevistadas, por su parte, muestran la amalgama de sentidos culturales, muchos de ellos contradictorios, que informan estas consideraciones: el discurso de la medicina, que afirma sus convicciones en consideraciones biológica y por tanto al parecer indubitables; el de la iglesia o las iglesias, que asientan su comprensión en la fe, entre otros discursos posibles.

Juliana reconoce que hay algo en su formación que no le permite aceptar con total naturalidad la existencia de un embrión producto de su óvulo y el semen de su esposo en estado de congelamiento:

—Hicimos el proceso de vitrificación [...] Una cosa que yo también decía: «Pero esto, no. ¡Qué horrible!», pero una vez que estás ahí, no hacerlo es una locura.

—¿Por qué es una locura?

—¡Porque después de haber hecho todo, de haber puesto el cuerpo, el tiempo, los afectos, la sensibilidad, el dinero, ¿no? Porque lo otro es una cosa menor... Aparte ellos lo recomiendan, porque si fracasa ... Si hubiera fracasado, te quedan otros para hacer otro intento. Y ahí para mucha gente es un tema ético, es un tema religioso.

—¿Para vos? ¿Vos sos religiosa?

—No, no. O sea, soy bautizada, pero no soy practicante, no me considero religiosa tampoco [...] Pero vos sabés que si bien no me considero creyente y todo

el tema ético me parece que depende del manejo que uno haga de la situación igual, yo creo que por ahí uno el chip lo tiene (Entrevista con Juliana).

Para ella, como para Sandra, las barreras culturales fueron cayendo frente al discurso biotecnológico y las oportunidades que este les brindaba para materializar su deseo de descendencia. Sandra tuvo su segundo hijo a partir de un embrión congelado, sobrante de la primera in vitro de la cual nació su primer hijo. En ese momento se trataba de procedimientos que en Uruguay recién comenzaban a realizarse:

—[...] a los poquitos meses, ella me dijo «Bueno», por la edad, porque yo ya tenía 35, «Vamos a hacer... a utilizar los otros embriones descongelados». Ahí se me pudrió la cabeza, porque ya... [silencio] Hasta el día de hoy me impresionan. Que estuvieron dos años ahí congelados los embriones y que después te los pongan. Se me pasaron por la cabeza muchas cosas, que el niño no pudiera ser normal, que tuviera algún problema, pero mi hermana: «Pero se hace hace mil años en los animales, no tengas miedo». Mi marido se mataba de risa, hacía chistes con la doctora: «La era del hielo, es el nene de la era del hielo», se mataban de la risa, pero yo siempre lo viví como una cuestión.

—¿Y cómo lograste levantar esa barrera tuya?

—Nada, que lo tenía que hacer y bancármelo (Entrevista con Sandra).

Jazmín, quien también engendró a sus mellizos a partir de embriones congelados de un primer tratamiento sin resultado positivo, toma el proceso con total naturalidad, tanta que le cuesta entender el sentido de mi pregunta. A diferencia de lo que ocurrió con Sandra, cuando Jazmín realizó el procedimiento, este ya era habitual.

—¿Cómo vivías vos ese tema de ponerte óvulos congelados?

—¿Cómo lo vivía?

—Sí.

—En realidad, eran míos. Entonces partía de que eran míos. Si estaban afuera y después entraban, me parecía regio. Porque eso de que la naturaleza sea tan impresionante de que tolere el freezer era como mágico. Hablaba con esas dos mujeres que una había quedado con congelados, la otra había quedado con fresquitos y tenía congelados, y estaban ahí los hijos, los conocía, estaban bien. Me parecía genial, me parecía como fabuloso (Entrevista con Jazmín).

Tanto para Sandra como para Jazmín el proceso de antropomorfización se produce cuando se descongelan los embriones y se los transfieren para la gestación, o quizás más adelante en el proceso, cuando ya existe una certeza de que el embarazo prospera; es difícil discernirlo, puesto que en los dos casos los embarazos prosiguieron normalmente.

Advierto sobre este aspecto porque, como señala Álvarez Plaza (2008), para quienes han pasado por varias instancias de reproducción asistida muchas veces el proceso de antropomorfización se ralentiza. Acostumbradas a las pérdidas durante los primeros meses de gestación, las mujeres que han pasado por

estas experiencias saben que existe provisionalidad en el desarrollo del embrión y no generan un lazo afectivo hasta que esa provisionalidad desaparezca. El caso de Marcia es ilustrativo en este sentido, en cuanto para ella el posible bebé que perdió en un embarazo conseguido de manera natural, en el medio de tratamientos asistidos, era menos importante que el saberse capaz de embarazarse, aunque también luego relativice esa posibilidad frente a la evidencia de lo que siguió en su trayectoria de tratamientos:

Yo me entero porque tenía un sangrado que no se me iba, entonces voy al médico y le digo: «Escuchame una cosa, hace 11 días que estoy con la menstruación», no era una cosa abundante, era un sangradito. Y me miraba «¿Qué raro!, ¿qué será? Vamos a mandarte una ecografía y este examen». Entonces miro el papel y leo beta HCG, «¿Qué me vas a mandar?, ¿un test de embarazo?», «Hay que descartarlo». Entonces me hago, llamo, porque el resultado te lo dan por teléfono, y le digo: «Es por una beta que pidió el dr. [nombre del doctor]», «Sí, positivo 113». Yo me quedé así [hace un gesto como de shock]. Me quedé pensando: «Está loca esta mujer». Llamo de vuelta: «¿Estás segura vos?», «Sí». Entonces, me voy corriendo para el médico, esa misma tarde fui, y lo miraba yo y él me miraba a mí, él estaba más desconcertado que yo, y mi marido estaba con una sonrisa de oreja a oreja, no le importaba nada. Estaba con pérdidas, entonces me dice: «Reposo ya, andate para tu casa, óvulos de progesterona y a esperar». Y fue la semana más difícil, pero más feliz de mi vida. Yo estaba feliz, decía «Esto se va a solucionar, ya está». Y a la semana y media empecé con un dolor fuerte en la pierna, que me dolía, me dolía, fuimos para la emergencia, ahí nos hacen la ecografía, no se ve nada y me hacen la beta y la beta había bajado. Pero bueno, no fue tanto el bajón, porque lo importante era el hecho de que yo había logrado un embarazo natural, no importaba tanto que lo estaba perdiendo, sino que había logrado un embarazo natural, y eso me sostuvo. Pero después fue peor, porque después, cuando yo hago la inseminación, que me la hago en setiembre, cuando me dio negativo ahí me cayó la ficha de esto. Fue quince días que no me podía levantar de la cama, no podía, no tenía más remedio que hacerlo, pero no podía. Ahí me cayó la ficha de todo, de esto, ahí me vino un bajón (Entrevista a Marcia).

Para otras mujeres el modo de proceder de la medicina reproductiva en tratamientos de alta complejidad rebasa los límites de sentido y por tanto los límites de lo aceptable.

Y después, cuando me enteré que en la in vitro tenían el feto congelado, iban eligiendo, iban agarrando de ahí, y a veces el feto podía estar tiempo ahí congelado, digo «No, pará». [...] Celebro los padres que pueden ser padres de esta manera, a mí no. Conmigo no va. Me da terror pensar que mi hijo está adentro de una heladera, no puedo (Entrevista con Nirvana).

Además de la criopreservación y el posterior descongelado del embrión para su transferencia, algunas clínicas realizan lo que se ha denominado adopción prenatal: se insemina a una mujer con un embrión congelado de un tratamiento in vitro realizado a otra pareja. El carácter de sujetos en potencia que se les atribuye a tales embriones se visualiza en la denominación dada al procedimiento,

pero al mismo tiempo se enfatiza en el hecho de que ese embrión solo se convertirá en individuo si encuentra un útero que le permita desarrollarse.

Sí, tenemos nacimientos de niños con embriones donados. [...] Es como una adopción prenatal. [...] esa mujer, que se embarazó con los embriones donados, ese niño es de ella, de ella y de su pareja. Lo inscribe como propio, no tiene el tema de la adopción, esperar tanto tiempo, después esperar un año que no sé cuánto, se resuelve de esa manera. [...] Lo aceptan muy bien, porque les permite la vivencia de un embarazo en pareja. Desde la etapa intrauterina, el crecimiento, la vida la da esa mujer, le da la vida, el embrión solo no sería un niño sino. La madre lo alimenta, le pasa su inmunidad, y además lo amamanta. El vínculo que se genera, desde la etapa intrauterina, con el crecimiento y el movimiento del niño, y de la lactancia es algo muy importante, a diferencia del niño que te traen y «tomá» (Médica E, Uruguay, clínica privada).

Es el desarrollo en el útero, el deseo de una mujer de adoptar ese embrión y desarrollarlo en su seno, lo que en definitiva lo convierte en un ser humano. En estos casos, como en los de donación de gametos, se hace énfasis en la relevancia de la parte nutricia y de desarrollo intrauterino para definir la pertenencia de ese niño. La gestación emerge como el suceso significativo para el establecimiento del vínculo filial.

Tenemos ovodonantes que hace cinco años acá que tienen margen; es una opción como para tener un embarazo que desde el punto de vista personal tú llevás el embarazo, tenés la paternidad de tu esposo, la cohabitación, la fomentación de todo el torrente sanguíneo con el embarazo de tu aporte [...] (Médica A, Uruguay, institución mutual).

Uterización del vínculo filial

Decía una de las médicas entrevistadas (Médica E, Uruguay, clínica privada) que las TRA permiten la existencia de tres madres: la madre biológica, aquella que brindó material genético para la gestación; la madre gestacional, aquella que lo lleva en el vientre; y la madre legal, la que asume legal y socialmente el cuidado del/a niño/a. ¿Tienen todas el mismo estatus cultural? Evidentemente aquella que dona el material genético no es considerada cultural ni legalmente madre de la criatura gestada. Como señala Álvarez Plaza (2008), en una época en que el paradigma genético lo impregna todo, el aporte de otros ADN a la criatura gestada por una pareja en tratamiento de reproducción asistida es silenciado; me refería antes a las maneras en que este silencio se garantiza.

A la vez hay un énfasis sobre la gestación como proceso para garantizar el vínculo. Esto explica en parte la falta de aceptación jurídica en Uruguay y Argentina para la subrogación de vientre a cambio de dinero.

En su investigación sobre donación y recepción de gametos en Madrid, Álvarez Plaza (2008) destaca el carácter vinculante que a nivel simbólico posee la gestación. Sostengo que este carácter vinculante también es enfatizado por los y las especialistas rioplatenses y el mecanismo para ello es tomar procesos

biológicos como la nutrición intrauterina y el intercambio de fluidos de la mujer con el bebe que se desarrolla en su vientre como las metáforas para establecer la filiación.

Correlativo a esto, destaca Guthmann que el deseo del hijo parece ser más bien un deseo de embarazo: «[...] ese embrión parcial o plenamente extraño se convierte en hijo biológico por el simple hecho de desarrollarse en el útero y/o atravesar el canal de la vagina en el parto» (Guthmann, 2005: 102).

Leticia, quien fue justamente madre de mellizas con ovodonación, recalca el lugar del embarazo en su historia reproductiva. En el sitio de internet de Uruguay Procrea, la misma entrevistada escribía:

Una cosa tenés que tener bien clara: el bebé que tengas será hijo tuyo, porque se formará en tu vientre, crecerá en tu útero y nacerá de ti. ¡Es tuyo! Eso no lo dudas nunca.

No tiene tus genes, ok, pero no por eso no es tuyo. ¿Qué pasa sino con los niños adoptados? Tú adoptas un niño y si bien tenés que esperar 1 año, después le pones tu apellido... es tuyo. Jamás consideraría a un niño adoptado como de otra persona. No tiene tus genes, mismo caso, pero la ovo[donación] es mucho mejor, ya que tenés la posibilidad de gestarlo, escuchar sus latidos en las eco, sentir sus pataditas y verlo nacer, crecer y ser un hombre o mujer de bien ¡y tuyo!

Para Marcia la ovodonación es el límite que han establecido de común acuerdo con su pareja para los tratamientos. Él es quien en definitiva no acepta la donación, porque entiende que es ir en contra de los dictados de la naturaleza. Para Marcia la gestación de la criatura es el elemento relevante para establecer el vínculo filial y espera poder en algún momento convencerlo de aceptar óvulos donados:

Yo siempre digo que con la ovodonación lo único que vas a tener es un hijo con la carga genética de otro, pero ese hijo va a nacer porque vos lo gestaste y vos lo pariste. Pero él no te da muchas razones, él te dice que es desafiar demasiado a la naturaleza y ta (Entrevista con Marcia).

Mediante el procedimiento cultural de enfatizar el vínculo uterino, la mujer resguarda su participación parental, ya que se conserva su aporte en términos biológicos —en los términos que exige el parentesco occidental—, mientras que para el varón la participación biológica está atada a los gametos que pueda disponer o se busca garantizar de manera simbólica a partir de las características fenotípicas del semen que se recibe de un donante.

—[...] tanto el hombre como la mujer, cuando reciben la noticia de que tienen que utilizar gametas donadas, sin lugar a dudas hay un golpe o un shock, porque en general se prefiere siempre utilizar las gametas propias. Hay un tema de que uno quiere que la descendencia tenga los mismos genes, es una cosa natural, humana. Ahora, cuando se dan cuenta de que el único camino que tienen es la utilización de gametas donadas, ya se hace un click, y esa mujer o esa pareja empiezan a entender que al ser esa la única opción de lograr un embarazo lo empiezan a aceptar y a restarle importancia a lo que es un tema genético y a darle más importancia a lo que es un embarazo, un parto.

—¿Y pasa lo mismo con la donación de semen?

—[...] En general la donación de semen cuesta más. Al hombre le cuesta más el tema de la donación de semen que a la mujer la donación de óvulos. Porque la mujer pierde el tema genético, pero conserva el embarazo y el parto. El hombre al no utilizar su semen se siente que está como afuera de la situación (Médico C, Argentina, clínica privada).

Hay aquí un reconocimiento tácito a una cultura que constriñe el aporte del varón al vínculo parental en términos biológicos y no como parte de otros procesos como la nutrición y la crianza. Como señala Tamanini (2009), ni la madre ni el padre tienen una función puramente institucional o puramente biológica, pero en el caso de la madre lo biológico enmascara su papel institucional, mientras que para el caso del varón se da el proceso inverso, el papel institucional enmascara el papel procreador. En otros contextos culturales se entiende que el varón también cumple un papel nutricional del feto a partir de cópulas reiteradas con la mujer gestante (Delaisi De Parseval, 1998 en Tamanini, 2009).

El papel procreador del varón en nuestra cultura occidental debe en cambio ser activamente construido recurriendo a los sentidos que son válidos para el parentesco occidental. El modo en que se desarrollan las TRA y la manera en la que se aplican en el Río de la Plata parten de reconocer este andamiaje cultural a la vez que colaboran en su reproducción ubicando en la red de sentidos culturales al varón que no aporta semen en el lugar del tercero excluido, a la vez que derribando esta barrera cultural en tanto supone un límite a los tratamientos de la medicina reproductiva.

Porque la esencia parecería la misma: cambiar una cosa por otra. Entonces la mujer lo amasa. Hace que un preembrión se va a convertir en un embrión que va a ser su hijo. Además si querés lo parió, así que nadie va a tener dudas que es su hijo. Ahora en el varón ¿qué es lo que sucede? Muy rápidamente decide por la espermodonación, pero en realidad cuando se elige la espermodonación es que se mete un tercero y él queda excluido, es un acompañante, durante el embarazo o legalmente, pero es como que no interviene activamente (Médico B, Argentina, clínica privada).

Por ello el desarrollo de la ICSI es mencionado como uno de los grandes avances de la medicina reproductiva en los últimos años, porque permite preservar el aporte genético del varón, aun a costa de la mayor medicalización del cuerpo de la mujer.

Álvarez Plaza (2008), a partir de su investigación de campo centrada en donación de material genético, nota cómo algunas parejas que no pueden lograr un embarazo debido a un problema del varón y que terminan acudiendo a la reproducción asistida podrían obviar este proceso si la medicina tratara el factor masculino, pero que esto no se realiza por varios motivos. Por una parte, porque tales procesos son conducidos por especialistas en ginecología y, para la ginecología, el cuerpo de la mujer es su objeto de intervención. El tratamiento de un problema masculino requiere de la actuación de otros profesionales,

generalmente urólogos, que no siempre están presentes en los equipos médicos. Y por otra parte la medicalización del cuerpo femenino supone un proceso más rápido para obtener el embarazo, a pesar de que se deba exponer a la mujer a tratamientos e intervenciones que puedan dañar su salud. Así, aun a costa de pensarse la esterilidad como un problema de pareja, la reproducción sigue anclada al cuerpo femenino (Álvarez Plaza, 2008).

Cuando lo que está en juego es la donación-recepción de material reproductivo, las desigualdades de género se tornan más patentes. En el caso de la donación de óvulos, el proceso se torna sanitario en tanto la mujer donante se convierte en paciente, es vista en consultas y controlada por un médico, mientras que en el caso de la donación de espermatozoides esto no ocurre:

Se produce sobre todo una manipulación del cuerpo de la mujer; del hombre se manipula un fluido corporal, pero ya en el exterior, mientras que la manipulación de los gametos femeninos se produce desde el interior del cuerpo. Además estamos ante la paradoja de que, mientras en la producción «natural» es necesario un solo óvulo y millones de espermatozoides para la fecundación, «una diana y muchas flechas», en la reproducción «técnica» es suficiente con pocos espermatozoides, pero hacen falta muchos óvulos, es decir, «muchas dianas y pocas flechas» para rentabilizar el acto de la donación (Álvarez Plaza, 2008: 172).

A pesar de lo que constate Álvarez Plaza (2008) sobre las maneras y la efectividad de los procedimientos biotecnológicos, en reproducción asistida se da una inversión numérica que obliga al cuerpo femenino a pasar por tratamientos de hiperestimulación, con las consecuencias que ello puede conllevar, y a su alienación, ponerlo a disposición de las necesidades médicas y de tratamiento (Álvarez Plaza, 2008). Los crecientes conocimientos desarrollados en el campo de la medicina reproductiva no están orientados a preservar el cuerpo femenino. Si bien se está analizando la relación inversa entre mayor producción de ovocitos y mejor calidad ovocitaria, y por tanto se está estimulando mucho menos a las mujeres, la hiperestimulación se continúa favoreciendo por otros canales de significación cultural como la práctica de la icsi.

Las mujeres ponen su cuerpo a disposición de la procreación, colocan su salud en un segundo plano; incluso, como mencioné antes, cuando es el esposo el que tiene el problema para gestar, también porque para la medicina es más fácil trabajar sobre el factor femenino, pero no solo por esa razón,

—Mire, el día de la madre me encontré con una pareja a la que yo les hice ovodonación. Tenía un esperma muy malo el marido y ella tenía óvulos, quedó embarazada y lo perdió dos veces. Quedaba embarazada y lo perdía enseguida. Y él no quería donación de esperma. Yo le había aconsejado incluso [...] la ovodonación. Usted sabe que los óvulos de gran calidad mejoran el esperma también a veces. [...] Son los dos ingenieros, ella vino y me dijo: «Yo renuncio a mis óvulos, no tengo problema. Consígame una donante». Y tienen una botija preciosa, ¿no? Me los encontré el Día de la Madre en [nombra un supermercado] y ella me dijo: «Esto se lo debo a usted».

—O sea que ella, siendo el marido el que estaba en peores condiciones, aceptó ponerse ella detrás, sacrificar sus óvulos...

—Sí, sí, es una parejita muy buena, se llevan muy bien ellos, y él tenía resistencia a la ovodonación, ella no (Médico C, Uruguay, institución mutual).

Existe un nudo complejo de sentidos culturales que ata una mayor disposición de la mujer a medicalizarse con una habituación de hacerlo, promovida por la medicina; con una énfasis desde la medicina reproductiva en la importancia de los buenos óvulos para lograr el éxito del tratamiento, la gestación como garantía del vínculo filial y el deseo-deber de la mujer de ser madre.

¿Es una enfermedad que a vos se te antojó tener hijos a los cuarenta años?
¿Tiene que el sistema de salud cubrirlo? ¿Está bien eso? Porque a vos se te ocurrió que querías ir a Japón a estudiar o porque conseguiste un novio tardíamente (Médica A, Uruguay, institución mutual).

En este testimonio, como en otros surgidos de las entrevistas, se advierte una visión crítica de la postergación de la maternidad y se deposita en la mujer la responsabilidad de compatibilizar su vida profesional y reproductiva. En esta trama de significación no es extraño que algunos profesionales señalen que para las mujeres que han dejado pasar el momento de mayor posibilidad reproductiva, en términos biológicos, no debe aplicarse la noción de infertilidad como patología reproductiva. Otro médico uruguayo coincide con lo expresado con la especialista antes citada:

—¿Es una enfermedad la esterilidad [...]?

—Yo creo que sí. [...] Pero depende el momento que la esterilidad se produzca o no. Con 39 años no es problema de esterilidad, es porque no queda ya. [...] A los 41, 42 años puede no quedar también, pero si no queda a los 35 años, es porque hay una enfermedad. [...] Seguramente que usted tiene que dar el tratamiento a aquellas pacientes que lo merecen, de alguna manera [se ríe].

—¿Quiénes serían, las que tienen menos...?

—Las que tienen esterilidad normal. Que son estériles normalmente, que no hay ninguna causa de tiempo ni de nada que las volvió estériles [...] (Médico C, Uruguay, institución mutual).

El testimonio de uno de los ginecólogos entrevistados por Schwarz (2010) para su investigación acerca de la construcción de la maternidad entre mujeres de capas medias en la ciudad de Buenos Aires coincide en señalar la postergación de la maternidad como la razón principal por la que muchas mujeres deben transitar un proceso de reproducción asistida con la finalidad de tener una descendencia biológicamente vinculada:

Eso tiene que ver con la vida de las mujeres; las mujeres ahora postergan su maternidad en pos de su realización personal y profesional. Eso fue un retroceso de la mujer, según ellas fue un avance, pero para mí fue un retroceso. Pero las que se perjudican son ellas, porque ser madre es indispensable para toda mujer. Se hacen las cancheras que quieren tener una carrera, pero después

vienen al consultorio de fertilidad con el caballo cansado diciendo que se acordaron que quieren ser madres y ya no pueden (Schwarz, 2010: 89).

Para este especialista las mujeres que postergan la búsqueda de la descendencia van en contra de lo que sería una condición natural y por ello su deseo maternal debe ser menos considerado, según las opiniones de la médica A y el médico C, que el de aquellas que sí han acompasado su deseo a los procesos biológicos.

El discurso de las TRA reafirma así el carácter reproductivo de lo femenino, lo torna insoslayable. El recurso a las TRA por parte de mujeres a quienes se les hace difícil lograr el embarazo deseado no solo es posible sino necesario y urgente.

El pasaje por la reproducción asistida para materializar el deseo del hijo biológicamente vinculado atinge así a la femineidad y la masculinidad, pero de modos diferentes.

En la entrevista Camila se refería a cómo su esposo, a pesar de estar comprometido en la búsqueda del hijo biológicamente vinculado, no se percataba de los costos psicológicos, físicos y laborales que para ella significaba llevar adelante todo el proceso, porque en definitiva no se realizaban sobre su cuerpo. En la tercera in vitro Camila le propuso que él le diera las inyecciones, en parte para que pudiera ponerse en su lugar:

[...] cuando pasamos a hacer la tercera yo le propuse a mi esposo que él me diera los pinchazos, al principio lo había descartado [...] y ahí me di cuenta que él no había registrado ni la mitad. Con sus horarios, su trabajo... cuando empezamos a hacer estudios, se empezó a dar cuenta ahí de lo que yo estaba viviendo, que eran tres inyecciones por día, que era el otro día y pensás que ya estaba y no «Date otra más», a veces me veía que no podía (Entrevista con Camila).

La mujer es la que carga con la mayoría de los costos del proyecto reproductivo, no solo porque la gestación ocurre, aún, necesariamente en un cuerpo femenino, sino porque la medicina reproductiva, como ilustré antes, propicia un mayor control sobre este cuerpo de múltiples maneras. La relevancia depositada en los ovocitos para el éxito de la gestación es parte de ese andamiaje de sentido.

Ovocitos: un bien preciado

Como señala Guthmann (2005), el discurso de la medicina reproductiva legítima o impugna la instrumentalización del cuerpo o la explotación de algunas de sus partes para hacer posible ciertas intervenciones. Una de esas partes la constituyen los gametos, tanto femeninos como masculinos. Me detendré aquí en la mercantilización del material genético femenino, porque debido al gran desarrollo que ha tenido la icsi y a la eficacia de procedimientos de obtención de espermatozoides, aunado a la relevancia dada al factor femenino en los tratamientos de reproducción asistida, es el material que más se mercantiliza en la actualidad

y porque entiendo que cierra un círculo de crecientes vulnerabilidades para las mujeres en el contexto de la reproducción asistida.⁵⁸

Existen dos maneras de manejar la donación de óvulos por parte de las clínicas de reproducción asistida en el Río de la Plata: la donación pura o la donación mixta, también llamada donación en paralelo. En el primer tipo de procedimiento se acude a un banco de óvulos; quienes donan al banco son mujeres a las cuales se les exigen determinadas condiciones y que reciben una compensación monetaria a cambio de su donación. La segunda forma de donación es la que se denomina mixta o en paralelo: una mujer en tratamiento de reproducción asistida pero no por un problema relacionado a sus óvulos le dona a otra, también en tratamiento, que sí necesita los óvulos y esta le retribuye costeadando parte del tratamiento de la primera.

Las razones que aducen los técnicos para seguir uno u otro tipo de procedimiento son diversas. La médica A, que practica donación pura, se refería a las razones de su discrepancia con la donación en paralelo.

No, a mí eso no me gusta, es una cosa que afectivamente no critico, pero no me gusta. Pero hay gente a la que le parece bien. [...] Porque además la mitad no se embaraza [...]. Pensemos que son honestos y lo hacen como lo tienen que hacer: ovocito uno, ovocito dos, ovocito tres, en dos frascos como vienen. Confío en que lo hacen así, no tengo por qué pensar que no. [...] Pero lo que me parece es que esta mujer que donó sus óvulos y no se queda embarazada se queda con la fantasía de si la otra se embarazó, que no lo sabe, pero se queda con la fantasía, y anda buscando nenes de un año, nenes de dos años. [...] A su vez esta que recibe los óvulos y que paga a tal fin, está recibiendo óvulos de una pareja infértil, que yo tengo certeza de que el primer problema es de la mujer, entonces no me gusta (Médica A, Uruguay, institución mutual).

En Argentina todos los especialistas entrevistados coincidieron en que la donación en paralelo es una práctica que ya no se efectúa. Uno de los médicos entrevistados allí se refería a varios aspectos problemáticos de tal procedimiento: sociales, económicos y médicos.

—Para empezar, la donación de óvulos eran mujeres que hacían tratamientos y vos veías que iban a responder bien, porque por ejemplo eran jóvenes y hacían tratamiento porque el problema estaba en el hombre, entonces era un problema de las trompas y decías: «Si respondés bien, ¿tenés problemas en donar algunos óvulos?». Y eso era lo que se llamaba la donación altruista o compartida. Pero eso ya no lo hacemos más y no sé si se hace en algún lado.

—En Montevideo sí.

—Ahora son mujeres, son jóvenes que aceptan donar y todo lo que producen lo donan. Lo otro era medio frustrante, porque vos tenías a la donadora que vos pensabas que te iba a responder bien y después no te respondía bien, porque también justamente tenía algún problema por el que no venía el embarazo y era complicado. Entonces «¿cuánto le saco: cuatro óvulos, cinco óvulos?».

58 Me refiero no solo a las mujeres que se asisten, sino también a aquellas que se vinculan como donantes a este contexto.

Y también con esta difusión de la ovodonación aparecieron más donantes. También en la medida en que hay más problemas económicos, bajan las receptoras y suben las donantes. ¿Por qué? Porque las donantes tienen una compensación económica y la receptora tiene que pagar. Y la gente no puede pagar y hay más gente que se ofrece, porque necesita. Y el nivel de las donantes mejoró también, el nivel socioeconómico (Médico A, Argentina, clínica privada).

Otro especialista bonaerense reflexionaba de forma más amplia sobre las implicancias éticas, tanto de la donación de óvulos como de otros procedimientos como la subrogación de útero. Su testimonio permite cuestionarse en relación con las consecuencias sociales de las elecciones que realizan las parejas y que a veces parecen ser solo un problema de la pareja.

«Estoy haciéndole una estimulación pero no para ella sino para otra persona», estás causando como un desperfecto. Sí, la gente elige ser donante, está bien, pero cuando uno analiza quiénes son los potenciales donantes, lamentablemente son quienes necesitan dinero. Entonces todo eso del altruismo es más una necesidad (Médico B, Argentina, clínica privada).

Para este profesional la solución está una vez más en apelar al avance de la medicina, que ahora permite a las mujeres criopreservar sus óvulos para, si lo desean, tener hijos en un futuro con óvulos del pasado.

[...] entonces la mujer tiene que mantener conductas: ¿Qué va a ser si le interesa ser madre? Si es profesional y la quiere relegar hasta después de los cuarenta, mejor que piense en conservar sus ovocitos cuando es joven, entonces después que haga toda la carrera que quiera... De lo contrario, hay que decir que las mujeres tengan sus hijos a la edad que son jóvenes, cuando los ovocitos no están amenazados. [...] Ahora se ve esta posibilidad, cinco años atrás no era posible (Médico B, Argentina, clínica privada).

Una vez más hay una responsabilidad que recae en las mujeres, las que deberían tener una trayectoria reproductiva y profesional prevista y actuar en consecuencia; una sociedad que debería establecer límites a los procedimientos para permitir a los especialistas desentenderse de algo que en definitiva no debería ser de su competencia en tanto, como sostiene este técnico, no se trata de un problema médico, sino un problema social y si la sociedad no establece los límites, deberían ser los especialistas quienes se encargaran de regular de manera corporativa sus prácticas, como ocurre actualmente en Argentina. En Uruguay, en cambio, los y las especialistas no logran alcanzar acuerdos de trabajo.

La cultura, como hemos venido demostrando, pone sus límites, pero la biotecnología, partiendo de una aparente neutralidad ética para su actuación, no establece a priori frenos a su intervención. En este contexto no resulta extraño que 31 % de los asistentes al simposio sobre aspectos éticos y legales de las técnicas de reproducción asistida realizado en Buenos Aires entre el 29 y 30 de abril de 2011⁵⁹ aceptara que las mujeres donantes pasaran por un máximo de hasta

59 Aspectos éticos y legales de las técnicas de reproducción asistida y las diferentes alternativas terapéuticas, versión escrita del simposio realizado los días 29 y 30 de abril de 2011 en el Hotel

seis ciclos de estimulación y aspiración de óvulos y un 2 % hasta ocho ciclos de estimulación y aspiración.⁶⁰

Hay continuas alusiones, en las entrevistas realizadas a los técnicos del área, al campo de la medicina como un espacio en el cual entran solo aquellas situaciones que pueden definirse como médicas. Sin embargo, sabemos que las definiciones son un campo de disputa donde lo que se negocia en definitiva es el poder: el poder, en este caso, de establecer las bases de legitimidad de un determinado procedimiento dando lugar a ciertas razones y silenciando ciertas consecuencias indeseables que lo harían improcedentes o por lo menos cuestionarían el estatus de sujeto moral de quienes lo practicaran o eligieran. Otro especialista, refiriéndose a los procedimientos de donación de ovocitos y las razones de su preferencia por la donación pura, se ceñía en su argumento justamente a lo que él entendía que era lo central, la razón médica:

—Sí, no, usamos óvulos de donantes voluntarias únicas. No utilizamos óvulos de mujeres en tratamiento. Eso lo hacíamos hace más de diez años atrás. [...] Y lo dejamos de hacer.

—¿Por qué razón?

—Y la razón más importante es que la donante, la que no es voluntaria, es más joven, es sana, no tiene problemas de infertilidad, de hecho el 80 % tiene hijos (Médico C, Argentina, clínica privada).

Para otro de los médicos entrevistados en Uruguay las discrepancias con la donación en paralelo no son con el procedimiento en sí, sino en su inadecuación para un país como Uruguay, en el cual no existen suficientes garantías legales para llevarlo adelante. Hace hincapié en algunas de las dudas que involucra el proceso, fundamentalmente que la transferencia de ovocitos a una y otra mujer no sea equitativa —lo que también se planteaba en el testimonio de la médica uruguaya— y se privilegie a la que aporta el dinero.

—La donación en paralelo ustedes la realizan, o sea, que una mujer esté haciendo un tratamiento por otra razón que no son los óvulos, o sea que tenga buenos óvulos, y para costearse parte de su tratamiento done óvulos a otra paciente.

—Nosotros no. [...] Yo creo que no es para el Uruguay. [...] Porque la idiosincrasia es distinta. Yo lo vi hacer en Estados Unidos, y lo vi hacer bajo contrato: los cuatro primeros óvulos son para mí, los cuatro siguientes son para la donante, después dos para mí, dos para la donante. Yo estuve presente, me contaron, ¿no? Acá hay gente que lo hacía y me venían después las quejas de las pacientes: «que a mí me robaron los óvulos», que a mí esto, que a mí lo otro. Entonces nosotros elegimos una donante para darle a la receptora, una donante, una receptora, de forma exclusiva (Médico C, Uruguay, institución mutual).

Emperador, Buenos Aires, organizado por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, la Sociedad Argentina de Andrología, la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.

60 Cabe agregar que la mayoría, el 67 % estuvo de acuerdo con que fueran hasta un máximo de 4 ciclos y ninguno de los presentes aceptó llegar hasta los 10 ciclos.

Quienes practican este tipo de donación tienen, por otra parte, sus razones para justificar el procedimiento. La médica E recalca su carácter social:

—El programa de ovodonación hace 14 años que funciona y es un programa que tiene un fin social. Se llama donación mixta. La paciente donante es una paciente que tiene que ser joven, estar hormonalmente bien, no tener endometriosis y por ejemplo puede tener las trompas tapadas o puede tener un problema su esposo, que es lo más común. La paciente requiere una fertilización in vitro, pero no puede acceder por costos. [...] Entonces la pareja receptora, que no la va a conocer, porque para nosotros la donación es anónima y gratuita, porque la donante no recibe dinero, recibe un tratamiento que requiere, la receptora paga el tratamiento y cuando se sacan los óvulos, se comparten, de forma equitativa: unos óvulos quedan para la donante y los otros para la receptora. Entonces los de la donante se inseminan con los espermatozoides de su esposo y los de la receptora con los del suyo.

—¿Cómo se decide qué óvulo va para quién?

—En general se hace en forma equitativa.

—Uno y uno.

—Ahí está. Si tiene diez, son cinco y cinco. [...] Es otra forma de trabajo. Y eso tiene un fin social, porque permite que parejas que no pueden acceder a estas técnicas lo logren (Médica E, Uruguay, clínica privada).

El recuerdo de cómo fue el proceso de Andrea, de pasar de estar en tratamiento a también convertirse en donante de óvulos para otra mujer en tratamiento, ilustra los sentidos dados a su decisión:

Yo le digo [se refiere a su compañero]: «Yo sé que no tenemos esa posibilidad y yo quiero ser madre y vos querés ser padre... yo estoy dispuesta a ser donante», «¿Estás segura?». Yo lo veo por el lado de que por otro lado está una persona que está con la misma necesidad que yo, pero peor que yo, porque tiene el dinero, pero no tiene lo que más necesita, que son folículo y le digo: «yo lo quiero hacer» (Entrevista con Andrea).

En las palabras de Andrea el óvulo es simplemente un óvulo que encierra una posibilidad de vida. En su decisión de donarlo lo que Andrea privilegia es el deseo de otra mujer que precisa de ese material genético para materializarlo y su propio deseo, que sin la aceptación de ese procedimiento y en este caso por razones de índole económica, no podría materializar.

Para otro de los médicos entrevistados, que también practica la donación en paralelo, las razones para su preferencia son otras y están centradas en la confianza que le da conocer a la donante y conocer, a partir de los exámenes que ella se tiene que necesariamente realizar para su tratamiento, realmente su estado de salud:

Nosotros solo hacemos donación mixta. [...] El gran problema con la donación de óvulos es que tú te podés enfrentar a que los datos que tenés no necesariamente sean ciertos, por más esfuerzos que le pongas. En este país no es un país que la legislación diga, como en Estados Unidos, lo que estás haciendo; tú sabés lo que estás haciendo y sabés que no podés dejar de hacerlo. Acá yo si a

ti te contrato, empezás y dejás cuando te van a aspirar los óvulos, y decís «No, yo quiero mil dólares más porque si no, no me sirve». ¿Qué hago? En otros países no lo podés hacer, porque vas presa (Médico F, Uruguay, clínica privada).

Más allá de las razones esgrimidas para preferir uno u otro tipo de práctica, quisiera dejar constancia de dos consecuencias más de uno y otro de los procedimientos que no emergen de las consideraciones de los/as técnicos/as entrevistados/as.

En el caso de la donación simple, esta podría habilitar un mercado ilegal de venta y compra de ovocitos. Si bien las clínicas reciben su suministro de un banco de óvulos y algunas tienen o podrían tener un banco de óvulos como parte del servicio, la escasez de este tipo de insumo podría llevar a que se diera una laxitud en la aceptación del material por parte de las clínicas. La donación en paralelo limita esta posibilidad.

Sin embargo, en el caso de la donación en paralelo, la mujer debe, si quiere conseguir un tratamiento y a menos que pueda pagarlo —que no es usualmente lo que sucede—, dar parte de sus óvulos a otra mujer. Su margen de decisión está limitado por su condición económica: si tiene dinero para costear su tratamiento, puede decidir donar o no donar, si no lo tiene, su única opción es donar o no realizarse el tratamiento. Ello además la llevará a una hiperestimulación para producir mayor número de ovocitos, aun si la condición de su imposibilidad no la obligara a ello.

Conclusiones

En esta investigación me propuse ahondar en las transformaciones sucedidas en la trama de sentido cultural a partir de la introducción de las TRA en el Río de la Plata. Tales transformaciones habilitan o desdeñan determinados procedimientos haciendo visibles de este modo los mecanismos de dominación que las acompañan.

En este sentido, y en contra de lo que los y las especialistas sostienen y que se levanta como una barrera para la reflexividad en este campo, las TRA no son neutrales, ni histórica, ni social, ni genéricamente.

En primer lugar, son producto de una época. La ciencia responde a lo que define como problemas sociales y estos están históricamente contextualizados. La medicina reproductiva —en este caso— no podría siquiera realizarse preguntas que le permitan avanzar en su conocimiento si la sociedad y la cultura no plantearan situaciones que luego la ciencia traduce en problemas a los que brindarles respuesta. Pero además, en la misma definición del problema y en la búsqueda de soluciones tampoco hay un accionar neutro, sino que las decisiones y las consecuentes acciones están guiadas por diversos intereses que a su vez responden a formas de dominación. El biopoder (Foucault, 2002) se presenta como un concepto central para entender las formas de dominación en el campo de las tecnologías que tienen como objeto procesos vitales.

En esta investigación he recorrido algunos de los mecanismos que se han puesto en juego para reproducir andamiajes simbólicos de dominación, especialmente en lo que atañe al género. Para ello el deseo del hijo, en tanto concepto, se volvió una vía de acceso para pensar la articulación entre la actuación biotecnológica con su impronta medicalizadora —fundamentalmente del cuerpo femenino—, en articulación con el beneplácito de la mayoría de las mujeres asistidas a pasar por un sinfín de tratamientos con el objetivo de materializar este deseo y atravesado por el poder como accionar fundamentalmente productivo (Foucault, 1979a).

Para abordar estas transformaciones de sentido y los poderes que las orientan, analicé los discursos de mujeres que han transitado tratamientos de alta y baja complejidad, así como de profesionales que se desempeñan en ese campo, partiendo de una serie de supuestos teoricometodológicos que sustentaron este abordaje.

Por una parte, que tanto las mujeres como los y las especialistas en medicina reproductiva conducen su vida y sus decisiones en un entramado cuyos sentidos son en gran medida compartidos por ambos. Asimismo, que son estos sujetos sociales los que permiten un mejor acercamiento a la comprensión de tales novedades en la trama de sentido, porque se encuentran en un lugar privilegiado para dotar de significación cultural a las transformaciones antes mencionadas.

En el capítulo Infertilidad y apropiación biotecnológica del deseo reproductivo he buscado mapear los sentidos que acompañan la construcción del deseo de un hijo biológicamente vinculado y la respuesta diferencial que desde las TRA se le ha dado a los diversos sujetos deseantes.

Las preguntas que guiaban esta parte de la indagatoria eran:

- ¿Cuáles son los sentidos a los que apela la medicina reproductiva para avalar su actuación? ¿Qué incidencia tienen sobre las posibilidades de materializar el deseo de tener un hijo biológicamente vinculado? ¿Todos los deseos son igualmente atendidos? ¿De cuáles sentidos culturales que guían la actuación de las TRA nos informan las trayectorias reproductivas de las mujeres entrevistadas? ¿De qué manera han acompañado o resistido ellas tales sentidos?

En esta constitución de deseo como en la consideración de su legitimidad por parte de las TRA juega un rol fundamental el concepto de infertilidad. La infertilidad se opone simbólicamente a la esterilidad en tanto da cuenta de limitantes para la actuación biotecnológica. Para la esterilidad estas limitantes se ubican en el orden de lo biológico, mientras que para la infertilidad están en el dominio de lo que se concibe natural. Lo natural y lo artificial se constituyen en metáforas sobre cómo se construye el deseo a la vez de cómo se responde desde el ámbito médico especializado para satisfacerlo. No todos los deseos son entendidos naturales y por tanto plausibles de ser respondidos.

En los análisis de la publicidad de las clínicas de reproducción asistida en Gran Bretaña y Brasil, respectivamente, Strathern (1995) y Ramírez-Gálvez (2009) han ilustrado cómo las TRA buscan ser presentadas en tanto herramientas destinadas a paliar una falla natural, pero no sustituyendo a la naturaleza, sino colaborando con ella.

La manera de presentar las TRA como una continuación en el orden de lo artificial de la dimensión de lo natural supone aceptar la construcción cultural de ambos dominios y sus fronteras. Estas fronteras también se han ido redefiniendo, pero lo relevante a expresar es que siempre existe un orden natural contra el cual las TRA no deberían accionar.

¿Dónde han estado y dónde están las fronteras entre lo que se entiende como natural y lo que se tiene por artificial en la práctica de la medicina reproductiva en el Río de la Plata? ¿Qué transformación ha tenido ese locus de sentido, ese artificio divisorio?

Según se desprende del análisis, el deseo de gestar y materializar la maternidad es presentado por las entrevistadas como algo natural. Esto va en el mismo sentido en el que se presentaba la maternidad en los folletos de la clínica estudiada por Strathern (1995): «you have a natural desire for children...».

Es un orden del deseo que responde a un orden heterocentrado, ya que desde la medicina reproductiva el deseo que se habilita, por lo menos en términos de deseo natural, es aquel que responde a lo que biológicamente se define como infertilidad y que solo puede ser diagnosticado en una pareja infértil, y por tanto heterosexual, aunque como vimos no tenga relaciones sexuales coitales que la

puedan conducir naturalmente a la procreación. Tampoco los casos diagnosticados como infertilidad sin causa aparente, que prometían ser un eslabón de cambio en la manera de pensar la infertilidad, sin ligarla a un cuerpo infértil (Diniz y Gómez Costa, 2006), han conducido a transformaciones en este sentido.

Cuando la biotecnología no es utilizada con los fines para los que fue pensada, cobra un carácter subversivo en relación con los estándares sociales y culturales, provocando en quienes la implementan o eligen transitar su camino una explicitación de los sentidos que se están subvirtiendo y su reafirmación o su reformulación.

En el caso de mujeres solas o en parejas homosexuales que deciden tener descendencia biológica realizándose un tratamiento de reproducción asistida, el cuestionamiento estará seguramente dirigido al lugar social de estas mujeres y cómo se vincula este lugar social con el proyecto de parentalidad biológica.

Sin embargo hemos visto también que las TRA han expandido su campo de actuación hacia nuevas situaciones y nuevos sujetos que no entraban en el orden de la heterosexualidad normativa. Ello ha provocado ciertas tensiones en la trama de sentido y en las consecuentes acciones desarrolladas en el marco de estas tecnologías; entre otras definiciones encontradas sobre cómo procesar las demandas de las parejas lésbicas femeninas. Pero fundamentalmente ha evidenciado el carácter de las TRA como servicio, a pesar de que desde ese campo de especialización médica se siga demandando ser vistas como una solución terapéutica para una imposibilidad reproductiva.

Esta evidencia del carácter de servicio, acompañado del carácter mercantil que revisten todos estos procesos en el Río de la Plata, ha colocado en el debate el objeto de ese deseo: el hijo biológicamente vinculado. ¿Las TRA deberían producir un hijo o el hijo, un sujeto con determinadas características?

La pregunta nos conduce a debates en torno a las prácticas eugenésicas en el campo de la medicina reproductiva. No he desarrollado aquí este asunto de manera exhaustiva, pero sí he mencionado dos elementos a considerar. Por una parte, la amoralidad que sostienen todos los y las especialistas debería guiar la práctica en medicina reproductiva, limitada únicamente por consensos que suelen ser inestables y que se conducen tirados por la lógica de la inexorabilidad del avance tecnocientífico (Gutmann, 2005), lo cual podría llevar a un cada vez mayor aflojamiento de las cadenas sociomorales (Habermas, 2002). En segundo lugar, la biopolítica del parentesco (Ariza, 2012), que se desarrolla a partir del control de los procesos de reproducción social desde el propio material reproductivo.

Este fue uno de los aspectos abordados en el capítulo sobre El lugar de lo femenino en la construcción biotecnológica del parentesco, en el cual me detengo en los mecanismos simbólicos que se ponen en juego para constituir este hijo biológicamente vinculado. Me pregunto:

- ¿Cómo se traza culturalmente la vinculación biológica cuando intervienen en el proceso reproductivo materiales genéticos de personas ajenas a la pareja?

¿Qué sentidos componen el deseo de vinculación biológica? ¿A qué sentidos apelan los y las entrevistados/as para definir la filiación?

- ¿Qué lugar tienen en los sentidos a los que apela la medicina reproductiva los cuerpos sexuados y sus materiales reproductivos? ¿Cuáles son las desigualdades de género que emergen de este proceso de significación y su consecuente actuación? ¿De qué maneras incide la procedencia sexual (masculina o femenina) del material reproductivo para establecer los sentidos culturales sobre los que se construye el vínculo filial?

Mencioné antes que la medicina reproductiva ha ampliado su campo de actuación incorporando a nuevos sujetos, pero fundamentalmente nuevas situaciones en las cuales ahora se hallan aquellos viejos sujetos. Lo que importa entender es cómo ha realizado esa expansión hacia nuevas situaciones y quién ha sostenido gran parte de las consecuencias de la laxitud del campo.

Los modos de realizar esta operación simbólica han sido diversos y entrelazados.

Se ha generado una sensación de urgencia reproductiva, para la cual ha colaborado la cada vez más tardía búsqueda del primer hijo entre mujeres de los sectores socioeconómico medios y medios altos. Las TRA acompañan la urgencia de ese deseo que deviene natural extremando los procesos de medicalización y contando con cuerpos dispuestos a medicalizarse incluso en etapas en las cuales la imposibilidad de gestar ya no es un problema, como en la instancia del parto. El concepto de feto supervalioso condensa muchos de los sentidos que acompañan el desarrollo y la aplicación de las TRA en el Río de la Plata.

También han colaborado en esta ampliación de las situaciones que entran dentro del campo de acción de las TRA los significados otorgados a la gestación como garantía de la pertenencia filial —lo que he denominado uterización del vínculo—, procedimiento que, junto con el énfasis puesto en los ovocitos como elementos indispensables para el éxito del tratamiento, ha conducido a las mujeres que transitan la reproducción asistida por procesos de ovorrecepción de manera más dispuesta y también más temprana. Si bien todavía hay reticencias para la aceptación de este tipo de procedimientos, su cada vez mayor habitualidad y comprobación de resultados hace que tales trabas vayan cediendo de manera paulatina.

Ello se ha acompañado además de desarrollos tecnológicos, como la ICSI, que en su misma concepción asumen la importancia de mantener el aporte genético del varón en la consecución de la descendencia biológica, aún a costa de la mayor medicalización de la mujer, y bajo el entendido de que su participación queda garantizada a través del proceso de gestación.

De todo ello resulta en que sea la mujer la que carga con la mayor parte del costo de estos procesos; algunas también dirán que con sus beneficios, ya que pueden materializar el deseo anhelado y el lugar social al que aspiran.

Pero hay que recordar que no solo se trata de las mujeres que están en tratamiento, sino de aquellas que donan su material genético para intervenciones de alta complejidad. He mencionado las dos maneras en que se maneja la ovodonación en el Río de la Plata y reflexionado en torno a las implicancias de cada una de ellas; tanto la donación simple como la donación mixta o en paralelo dejan a la mujer en situación de desventaja, pero no a cualquier mujer, sino a aquella que está en posición de donar, que generalmente no es la que desea, y puede recibir ese material reproductivo.

Los significados que acompañan la aplicación y la consecuente aceptación de las TRA en el Río de la Plata se orientan de este modo hacia la profundización de las desigualdades de género en el ámbito reproductivo, al tiempo que reproducen la heterosexualidad normativa como parámetro de su accionar.

Queda por profundizar en otras desigualdades que también emergen en este campo, articulándose con las de género. Me refiero fundamentalmente a aquellas relativas a la pertenencia sociocultural y que se manifiestan fundamentalmente en los procesos de donación de material reproductivo.

Asimismo investigar sobre otras formas de establecimiento del lazo filial, como la adopción, y su lugar en ese entramado de sentido que es la cultura en el marco de la existencia de estas tecnologías que enfatizan el vínculo biológico.

Bibliografía

- ABRACINSKAS, LILLIÁN (1998) «¿Hacia donde va la reproducción humana?», *Cotidiano Mujer*, n.º 26. Disponible en: <<http://www.cotidianomujer.org.uy/1998/parasalu26.htm>>.
- y López Gómez (2006) «Monitoreo de políticas públicas en salud sexual y reproductiva desde la sociedad civil», en Alejandra López Gómez (comp.) *II Encuentro Universitario en Salud, Género y Derechos Sexuales y Reproductivos. Avances en investigación nacional*, Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (CATSR), Facultad de Psicología, Universidad de la República: 205-243.
- ÁLVAREZ PLAZA, CONSUELO (2006) *Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida*, Madrid: Zumaque.
- (2008) *La búsqueda de la eterna fertilidad. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos*, Madrid: Alcalá Grupo Editorial.
- AMADOR JIMÉNEZ, MÓNICA (2010) «Biopolíticas y biotecnologías: reflexiones sobre maternidad subrogada en India», *CS*, n.º 6, Cali, julio-diciembre: 193-217.
- ARIZA, LUCÍA (2012) «Gestión poblacional del parentesco y normatividad», en Daniel Jones, Carlos Figari y Sara Barrón López, *La producción de la sexualidad. Políticas y regulaciones sexuales en Argentina*, Buenos Aires: Biblos: 127-146.
- AUPF/RUDA (2008) *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*, Montevideo: AUPF/RUDA.
- BADINTER, ELIZABETH (1991) *¿Existe el instinto maternal?*, Barcelona: Paidós.
- BARRÁN, JOSÉ PEDRO (1993) *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo I: El poder de curar y tomo III: La invención del cuerpo*, Montevideo: Banda Oriental.
- BESTARD CAMPS, JOAN (2003) *Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones*, Barcelona: Departamento de Antropología Cultural e Historia de América y África.
- BLANCHET ET AL. (1989) *Técnicas de investigación en ciencias sociales*, Madrid: Narcea.
- BOURDIEU, PIERRE (2000) *La dominación masculina*, Barcelona: Anagrama.
- (2007) *El sentido práctico*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- *et al.* (1999) *La miseria del mundo*, Madrid: Akal.
- BRAIDOTTI, ROSI (2000) *Sujetos nómades. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea*, Buenos Aires: Paidós.
- BUTLER, JUDITH (2003) «O parentesco é sempre tido como heterossexual?», *Cadernos Pagu*, n.º 21, San Pablo: Universidad del Estado de Campinas.
- CEM (2002) *Estudio y tratamiento de la esterilidad conyugal. Manual informativo para parejas*, Montevideo: CEM.
- CENTRO PARA LA GENÉTICA Y LA SOCIEDAD (CGS) (2005) «Las nuevas tecnologías de la modificación genética humana: un umbral de desafío para la humanidad», *Vía Libre, ¿Un mundo patentado? La privatización de la vida y del conocimiento*, Córdoba: Fundación Vía Libre: 111-122.
- CRUZ-COKE, RICARDO (1999) «Historia de la genética latinoamericana en el siglo XX», *Revista Médica*, vol. 127, n.º 12, diciembre, Santiago de Chile.

- DAVIS-FLOYD, ROBBIE E. (1993) «The technocratic model of birth», en Susan Tower Hollis, Linda Pershing y M. Jane Young (eds.) *Feminist Theory in the Study of Folklore*, Illinois: University of Illinois Press: 297-326.
- DE LAURETIS (1998) *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, Londres: Macmillan Press.
- DINIZ, D. (2003) «Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro», *Jornal Brasileiro de Reprodução Humana Assistida*, vol. 7, n.º 3: 10-19.
- DINIZ, DEBORA Y ROSELY GÓMEZ COSTA (2006) «Infertilidad e infecundidad: acceso a nuevas tecnologías reproductivas», en Carlos F. Cáceres et al. (orgs.) *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina*, Lima: FASPA/UPCH: 55-67.
- DOS SANTOS, LUPE (1997) «Un mundo feliz. Extractos de la versión taquigráfica de las intervenciones de Lilián Abracinskas (L. A.), Graciela Dufau (G. D.), Moriana Hernández (M. H.) y Nea Filgueria (N. F.), integrantes del Espacio Feminista en la Comisión de Salud», *Cotidiano Mujer*, n.º 25. Disponible en: <<http://www.cotidianomujer.org.uy/1997/feliz25.htm>>.
- EDWARDS, JEANETTE; SARAH FRANKLIN; ERIC HIRSCH; FRANCES PRICE Y MARILYN STRATHERN (1999) *Technologies of Procreation. Kinship in the age of assisted conception*, Manchester: Manchester University Press.
- y Carles Salazar (eds.) (2009) *European kinship in the age of biotechnology*, Nueva York: Berghahn Books.
- FASSLER, CLARA (1999) «Legislación sobre técnicas de reproducción humana asistida», en *Cotidiano Mujer*, n.º 30. Disponible en: <<http://www.cotidianomujer.org.uy/1999/clara.htm>>, última consulta: 5/11/2010.
- FRANKLIN, SARAH (1997) *Embodied Progress: A cultural account of assisted conception*, Londres: Routledge.
- FONSECA, CLAUDIA (1998) *Caminos de adopción*, Buenos Aires: Eudeba.
- FOUCAULT, MICHEL (1979a) *Microfísica del poder*, Madrid: La Piqueta.
- (1979b) *Saber y verdad*, Madrid: La Piqueta.
- (2002) *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- FINKLER, KAJA (2000) *Experiencing the New Genetics. Family and Kinship on the Medical Frontier*, Pensilvania: University of Pennsylvania Press.
- FRASER, NANCY (1998) «¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época postsocialista», en Nancy Fraser *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición «postsocialista»*, Bogotá: Siglo de Hombre Editores.
- GEERTZ, CLIFFORD (1996) *La interpretación de las culturas*, Barcelona: Paidós.
- GUBER, ROSANA (2004) *El salvaje metropolitano*, Buenos Aires: Paidós.
- GÜEZMES, ANA (2005) «Las tecnologías de reproducción asistida. Una aproximación desde la ética y las fugas feministas», *SeriAs para el debate*, n.º 4, agosto, Lima: 24-51.
- GUTHMANN, YANINA (2005) «El discurso bioético y la legitimación de las nuevas tecnologías reproductivas», *SeriAs para el debate*, n.º 4, Lima.
- GUTIÉRREZ-SAMPERIO, CÉSAR (2002) «Bioética en ingeniería genética», *Gaceta Médica*, vol. 138, n.º 1, Ciudad de México.
- HABERMAS, JURGEN (2002) *El futuro de la naturaleza humana. Hacia una eugenesia liberal*, Barcelona: Paidós.
- HARAWAY, DONNA J. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid: Cátedra.

- HÉRITIER, FRANÇOISE (2007) *Masculino/Femenino II. Disolver la diferencia*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ILICH, IVÁN (1976) *Medical Nemesis. The expropriation of health*, Nueva York: Pantheon Books.
- IMAZ, ELIXABETE (2010) *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*, Madrid: Cátedra.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE) ANUARIO ESTADÍSTICO 2007. Disponible en: <<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/anuario2007/anuario%20web.swf>>, última consulta: 11/10/2012.
- INDEX MUNDI. Disponible en: <<http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=ar&v=25&l=es>>, última consulta: 11/10/2012.
- JELIN, ELIZABETH (2004) *Pan y afectos: la transformación de las familias*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Y TERESA VALDÉS (1999) Necesidades de investigación en la temática de género en los países del Cono Sur. Presentación realizada por Elizabeth Jelin y Teresa Valdés en el taller Género y Desarrollo, que tuvo lugar los días 6 y 7 de setiembre de 1999 en Montevideo, en la Oficina del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) de Canadá. Disponible en: <http://crdi.org/mimap/ev-23056-201-1-DO_TOPIC.html>, última consulta: 19/9/2011.
- LAQUEUR, THOMAS (1994) *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid: Cátedra.
- LAGARDE, MARCELA (1990) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y loca*, Ciudad de México: Coordinación General de Estudios de Postgrado de la Universidad Nacional de México.
- LATOUR, BRUNO Y STEVE WOOLGAR (1995) *La vida en el laboratorio*, Madrid: Alianza.
- MACCORMACK, CAROL (1994) *Ethnography of fertility and birth*, Illinois: Waveland Press.
- MAGNONE, NATALIA (2011) *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de humanización*, tesis de maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo, inédita.
- MARTIN, EMILY (1991) *The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles*, Chicago: University Chicago Press, vol. 16, n.º 3: 485-509.
- (1998) «Ciudadelas, rizomas y figuras de hilo», en Stanley Aronowitz, Barbara Martinsons y Michael Menser (comps.) *Tecnociencia y cibercultura. La interrelación entre cultura, tecnología y ciencia*, Barcelona: Paidós: 113-127.
- MARTOS, ANA (2010) *Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos*, Madrid: Nowtilus.
- MINES, DIANA (2002) «Que se vayan todas. Los partidos políticos ante el desafío de la maternidad lesbiana», en *Cotidiano Mujer*, n.º 38. Disponible en: http://www.cotidianomujer.org.uy/2002/38_p38.htm, última consulta: 3/3/2010.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2011) *Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011*, Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- MITJAVILA, MYRIAM Y LAURA VECINDAY (2011) «El enfoque de riesgo como dispositivo individualizador en el campo social», en Belén Lorente Molina (ed.) *Transformaciones del Estado social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*, Buenos Aires: Miño y Dávila SRL: 79-104.
- MUJICA, JARIS (2009) *Microscopio. De la bioética a la biopolítica*, Lima: Centro de defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos (Promsex).

- NARI, MARCELA (2004) Políticas de maternidad y maternalismo político, Buenos Aires: Biblos.
- OLAVARRÍA, MARÍA EUGENIA (2008) «Poder, mercado y tecnología del parentesco contemporáneo», *Revista de Antropología Experimental*, n.º 8, texto 17, Jaén: Universidad de Jaén: 235-244.
- OLIVEIRA, FÁTIMA (2001) «As novas tecnologias reprodutivas conceptivas a serviço da materialização de desejos sexistas, racistas e eugênicos?», *Revista Bioética*, vol. 9, n.º 2, Brasília. Disponible en: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/248/248>, última consulta: 20/4/2011.
- OUDSHOORN, NELLY (2004) «Contraceptives “Astronauts in the Sperm World”: The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male», *Men and Masculinities*, 6: 349. Disponible en: <<http://www.sagepublications.com>>, última consulta: 4/12/2012.
- PAREDES, MARIANA (2003) Trayectorias reproductivas, relaciones de género y dinámicas familiares en Uruguay, tesis, PhD, Centro de Estudios Demográficos, Programa de Geografía Humana, Universidad de Barcelona.
- PORTES VARGAS, ELIANE (2002) Género e infertilidade na ótica feminina, en Regina Maria Barbosa, Estela Maria Leao de Aquino, Maria Luiza Heilborn y Elza Barquó (orgs.) *Interfaces. Género, sexualidades e saúde reproductiva*, San Pablo: Unicamp.
- PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (2011) Políticas de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Avances y desafíos, Buenos Aires: Presidencia de la Nación. Disponible en: <<http://www.unfpaargentina.com.ar/sitio/archivos/originalbalancessyr.pdf>>, última consulta: 11/9/2012.
- RAMÍREZ-GÁLVEZ, MARTHA CELIA (2005) «El uso de las tecnologías y la configuración de nuevas formas de reproducción», *SeriAs para el debate*, n.º 4, agosto, Lima: 81-89.
- (2009) «Corpos Fragmentados e domesticados na reprodução assistida», *Cadernos Pagú*, n.º 33, julio-diciembre, San Pablo: Universidad de Campinas: 83-115.
- RAPP, RAYNA (1997) «REAL-TIME FETUS/ The Role of Sonogram in the Age of Monitored Reproduction», en Gary Lee Downey y Joseph Dumit (eds.) *Cyborgs & CITADELS. Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies*, Santa Fe, EE. UU: School of American Research Press: 31-48.
- REYGADAS, LUIS (2008) *La apropiación. Destejiendo las redes de la desigualdad*, Barcelona-Ciudad de México: Antropos.
- RIFKIN, JEREMY (2009) *El siglo de la biotecnología. El comercio genético y el nacimiento de un mundo feliz*, Barcelona: Paidós.
- ROSTAGNOL, SUSANA (2003) «Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos», en Sonia Romero (comp.) *Anuario de antropología social y cultural en Uruguay, 2002-2003*, Montevideo: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación-Nordam.
- (2012) *Aborto voluntario y relaciones de género*, tesis de doctorado, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, inédita.
- ROUDINESCO, ELISABETH (2003) *La familia en desorden*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ROY, MODHUMITA (2011) «Foreign Babies/Indian Make. Outsourcing Reproduction in the Age of Globalization», en Partha Pratim Basu (ed.) *Locating cultural change: theory, method, process*, Nueva Delhi: SAGE Publications: 54-71.
- RUBEL, J. (1964) «The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America», *Ethnology*, vol. 3, n.º 3, julio, Pittsburgh: Universidad de Pittsburgh: 268-283. Disponible en: <<http://www.jstor.org/stable/3772883>>, última consulta: 16/11/2011.

- RUBIN, GAYLE (1998) «Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad», en Carole S. Vance (comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Madrid: Ed. Revolución: 113-190.
- SALEM, TANIA (1997) «As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa», *Revista Mana*, vol. 3, n.º 1, abril, Río de Janeiro: 75-94.
- SANTOS, MARÍA JOSEFA (2003) «La redefinición cultural de los sistemas tecnológicos», en Carmen Bueno y María Josefa Santos (coords.) «Nuevas tecnologías y cultura», Ciudad de México: *Anthropos*: 7-27.
- SAPRIZA, GRACIELA (2001) *La «utopía eugenista». Raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)*, tesis de maestría de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Montevideo, inédita.
- SCAVONE, LUCILA (s/d) *Tecnologias reprodutivas e as transições da família contemporânea*. Disponible en: <https://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&cad=rja&uact=8&ved=0CCSQFJADOA0&url=http%3A%2F%2Fwww.xiconlab.eventos.dype.com.br%2Fresources%2Ffanais%2F3%2F1308507896_ARQUIVO_TRCONLAFI.pdf&ei=zUjvdyXdsasASJ7YCACw&usq=AFQjCNGE2F3P1VUCZGHXshqvl5GV3g>, última consulta: 25/5/2015.
- SCOTT, JOAN W. (1996) «El género: Una categoría útil para el análisis histórico», en Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Ciudad de México: PUEG: 265-302.
- SHORE, CRIS (1992) «Virgin births and sterile debates: Anthropology and the New Reproductive Technologies», *Current Anthropology*, vol. 33, n.º 3, junio, Chicago: 295-314.
- SCHNEIDER, DAVID M. (1984) *A critique of the Study of kinship*, Michigan: University of Michigan.
- SCHWARZ, PATRICIA K. N. (2009) «La maternidad y el maternazgo en el cuerpo de mujeres jóvenes argentinas». Ponencia presentada en la VI Reunión de Antropología del Mercosur, Buenos Aires, 29 de setiembre al 2 de octubre. Publicada en formato CD.
- (2010) «Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la Ciudad de Buenos Aires», *Revista Latinoamericana, Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.º 6, diciembre, Río de Janeiro: 83-104.
- SCHWARZE, JUAN ENRIQUE ET AL. (2010) «Reproducción asistida en Latinoamérica y Chile», *Revista Médica Clínica Las Condes, Santiago de Chile*: 451-456.
- SIMPSON, BOB (1998) «Comunidades genéticas imaginadas», en Boivin et al. *Constructores de otredad...*, Buenos Aires: Eudeba.
- SOMMER, S. (1999) «Nuevas formas de procreación», en Lucila Scavone (ed.) *Género y salud reproductiva en América Latina*, Cartago: Libro Universitario Regional: 308-332.
- STRATHERN, MARYLIN (1992) *Reproducing the future: essays on Anthropology kinship and the new reproductive technologies*, Londres: Manchester University Press.
- (1995) «Future Kinship and the study of culture», *Revista Futures*, vol. 27, n.º 4, Lincoln: 423-435.
- (2009) «A Antropologia e o advent da Fertilização in Vitro no Reino Unido», *Cadernos Pagu*, n.º 33, julio-diciembre, San Pablo: 9-55.
- TAMAYO, GIULLIA (2001) *Bajo la piel*, Lima: Editorial del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- TAMANINI, MARLENE (2009) *Reprodução assistida e gênero. O olhar das ciências humanas*, Florianópolis: Editorial da UFSC.

- TYLOR, S. J. Y BOGDAN, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidós.
- THERBORN, GORAN (2006) «Meaning, Mechanisms, Patterns, and Forces: An Introduction», en Goran Therborn (ed.) *Inequalities of the world*, Londres: Verso: 1-58.
- VIVEROS VIGOYA, MARA (2009) *La sexualización de la raza y la racionalización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual*. Disponible en: <http://ucaldas.edu.co/docs/seminario_familia/Ponencia_MARA_VIVEROS.pdf>, última consulta: 3/1/2011.
- (2010) Informe final HEXCA, Bogotá, inédito.
- WERNECK, JUREMA (2005) «Algunas consideraciones sobre racismo, sexismo y la tecnología eugenética», en *¿Un mundo patentado? La privatización de la vida y del conocimiento*, Córdoba: Fundación Vía Libre: 197-213.
- YANAGISAKO, SYLVIA Y JANE COLLIER (1994) «Gender and Kinship Reconsidered: Toward a Unified Analysis», en Robert Borofsky (ed.) *Assessing Cultural Anthropology*, Mc Graw-Hill: 190-203.
- y Carol Delaney (1995) *Naturalizing power: essay in feminist cultural analysis*, Londres: Routledge.

Anexo

Mujeres y especialistas entrevistados

Una de las mujeres entrevistadas ya es madre de dos hijos gestados por reproducción in vitro. Se realizó los tratamientos a fines de la década de los noventa y el segundo de sus hijos fue gestado a partir de un embrión congelado sobrante del tratamiento a partir del cual logró su primer embarazo. Además tiene un tercer hijo que se gestó sin que mediara tratamiento alguno y tuvo otros dos embarazos que finalizaron en abortos, el primero inducido, antes de tener a su primer hijo y el segundo espontáneo entre el segundo y el tercer hijo. En ningún momento queda claro cuál es el problema que la llevaría a necesitar de las TRA.

Las situaciones alternadas de embarazos conseguidos sin mediar intervención tecnológica y embarazos alcanzados mediante procesos de reproducción asistida, además, nos interrogan acerca de cómo pensar la fertilidad-infertilidad para estos casos. Esta entrevistada tiene 43 años y recibe el seudónimo de Sandra.

La experiencia de Milagros es otra de la que nos interroga acerca de las razones de la infertilidad. Al momento de la entrevista, Milagros tiene 35 años, está casada hace 10 años y tiene dos niños: un varón de 2 años y una beba de 6 meses, ambos fueron gestados sin intervención tecnológica luego de que Milagros y su pareja realizaran una inseminación y dos in vitro en Uruguay, en la primera de la cuales Milagros quedó embarazada, pero abortó a 2 meses de gestación, y un tercer tratamiento in vitro en Argentina. Nunca tuvo un diagnóstico preciso acerca de su imposibilidad, parecían sumarse una serie de factores: haber pasado por varias operaciones de quistes en los ovarios y la extirpación de una de las trompas a consecuencia de un embarazo ectópico⁶¹ ocurrido de manera natural en medio de los primeros tratamientos de reproducción asistida. Según Milagros la razón de su imposibilidad era de corte psicológico y estaba vinculada a la pérdida de una hermana cuando ella era muy chiquita y su ginecólogo de cabecera tenía razón cuando le decía que las complicaciones ginecológicas que ella tenía no le iban a impedir gestar sin intervención tecnológica. Milagros es la única de las entrevistadas que se declara católica practicante; su esposo y ambas familias también son católicas practicantes.

Juliana es otro caso que ilustra la alternancia de embarazos conseguidos sin intervención tecnológica y la necesidad a sus 39 años de pasar por la reproducción asistida. Juliana, de 40 años al momento de la entrevista, tiene una bebé de 10 meses producto de una reproducción in vitro luego de una inseminación en la cual no lograron embarazarse. Esto con su actual pareja. Pero además tiene una hija de 12 años con una pareja anterior fruto de un embarazo en el cual no medió tecnología alguna, pero que además se logró de manera muy rápida, según

61 Ver glosario de términos en el anexo.

recalcó la entrevistada. Esto hizo que las dificultades para lograr un embarazo con su actual pareja fueran vividas con mayor ansiedad.

En el caso de Juliana la edad aparece frente a los médicos como un factor decisivo para la intervención tecnológicamente mediada; también una endometriosis que habría sido resuelta para una laparoscopia antes de comenzar los tratamientos.

Laura estaba embarazada al momento de la entrevista y tuvo mellizos en febrero de 2012; se embarazó luego del quinto —y habían decidido último, luego pasarían a *in vitro*— tratamiento de inseminación artificial. Tampoco había en su caso una situación de imposibilidad muy clara. Se sumaban una serie de pequeños desajustes hormonales a una pequeña endometriosis por la cual la intervinieron previamente a los tratamientos y el sobrepeso de su esposo, quien bajó unos veinte kilos en el proceso de los tratamientos. Como apunta Álvarez Plaza (2008), aún no hay una definición de cuáles son los mínimos necesarios para que un varón sea fértil, por lo cual tampoco podía decirse que el sobrepeso en este caso fuera un factor que estuviera ciertamente incidiendo.

Camila, al igual que Laura, tiene mellizas, pero producto de un tratamiento de alta complejidad. Antes se realizó cuatro inseminaciones que no dieron el resultado previsto. Tampoco en su caso había un problema específico que se hubiera identificado como la causa de la imposibilidad de lograr el embarazo. El embarazo múltiple sobrevino en la tercera *in vitro*; habían hecho dos intervenciones de alta complejidad previas, aunque la segunda de ellas fue interrumpida⁶² de mutuo acuerdo con el médico tratante, porque no había una buena cantidad de folículos para inseminar. Producto del tratamiento del cual nacieron las mellizas quedó un tercer embrión que no fue transferido y que aún permanece congelado.

Jazmín tiene mellizos, varón y mujer, producto de un tratamiento de reproducción *in vitro* realizado hace ocho años con embriones congelados sobrantes de un tratamiento *in vitro* que no prosperó y que Jazmín y su esposo habían realizado luego de un procedimiento de baja complejidad que tampoco dio resultado. El de Jazmín y su pareja fue el primer caso en Uruguay de un embarazo múltiple logrado con embriones congelados. Al momento de la entrevista Jazmín tiene 36 años. A los nueve meses de nacidos los mellizos se embarazó de su tercer hijo sin intervención tecnológica mediante. El problema de Jazmín para lograr embarazarse parecía residir en la irregularidad de sus menstruaciones.

Otras tres entrevistadas no han logrado tener descendencia a pesar de haberse realizado varios tratamientos de diverso tipo. Andrea y Marcia sí tuvieron embarazos, en el caso de Andrea mediante *in vitro* y en el de Marcia sin intervención tecnológica —fue un embarazo entre tratamientos—, pero ambas los abortaron a las pocas semanas. Resulta interesante pensar el sentido que Marcia le da a este embarazo, más vinculado al proceso de tratamiento que al

62 Ciclo cancelado, ver el glosario terminológico en el anexo.

producto (zef)⁶³ en sí; nos detendremos sobre este asunto en los últimos capítulos. Nirvana, por su parte, se ha realizado varias inseminaciones —habla de unas doce—, pero nunca pudo lograr la concepción, con su pareja no quisieron realizarse tratamientos in vitro. Según el diagnóstico, Nirvana padece de un desajuste hormonal. Ha decidido abandonar la posibilidad de ser madre biológica, porque considera que en alguna medida está actuando contra lo que ella considera que es la naturaleza. Tiene 48 años y si bien algunas veces tiene en cuenta la adopción como una posibilidad siempre abandona la idea por diversos motivos sobre los que aquí no nos detendremos. Solo a modo de apunte, resulta interesante pensar cómo cada una de estas mujeres significa la adopción en relación con la concreción de una maternidad biológica; designando en este caso como biológica aquella maternidad en la cual el zef se desarrolla, pero no necesariamente es fecundado en el útero.

Andrea, por su parte, hace diez años que se realiza tratamientos de reproducción asistida, incluyendo dos inseminaciones artificiales en una de las cuales ofició de donante de óvulos de otra mujer, la cual hoy tiene un niño o niña gracias a esta inseminación. En ese segundo tratamiento ella quedó embarazada, sin saberlo, pero le tuvieron que realizar un legrado. Comenzó los tratamientos con veintipocos años, ahora tiene 30 años, nunca ha obtenido un diagnóstico claro acerca de su imposibilidad.

Marcia tiene 35. Comenzó sus tratamientos con una in vitro, luego se realizó otra in vitro y un mes antes de la entrevista, un tratamiento de reproducción asistida. El embarazo que abortó se produjo antes de este último tratamiento. Quiere intentar dos veces más con tratamientos de baja complejidad y si estos no resultan un último de alta complejidad; hasta ahí decidieron llegar con su pareja. Ella tiene endometriosis, consecuencia de una peritonitis, y su esposo pocos espermatozoides y con deficiente movilidad según el diagnóstico. El límite a las intervenciones para Marcia y su pareja está en la utilización de materiales genéticos provenientes de terceros; si bien ella aceptaría tener un bebé con óvulos donados, su esposo no acepta el procedimiento.

Catherina tiene la misma edad que Marcia y como ella se ha hecho tratamientos en Montevideo y Buenos Aires sin lograr aún embarazarse. Las razones de ello obedecen a problemas que al comienzo parecían ser solo de su esposo, pero que, debido a la baja respuesta de los tratamientos, incluso a los más complejos, solo podrían explicarse por un factor mixto. Como le señaló un médico en Buenos Aires, donde se hizo el segundo tratamiento de alta complejidad:

63 Opto por referirme al producto de la fecundación, siguiendo a Rostagnol (2012), como zef: feto-embrión-cigoto para, sin desconocer que desde la medicina occidental cada una de estas categorías refiere a una instancia de desarrollo específica del producto de la fecundación (ver glosario de términos en el anexo), aludir a las múltiples aristas subjetivas que supone el vínculo con este producto para la mujer gestante.

[...] él con los datos de ese informe nos bajó, fue un día terrible, porque nos bajó las expectativas de una forma. Nos dijo que estaba el tema del esperma y que a su vez yo era una mala respondedora, porque con esos óvulos y la medicación que me dieron, que era la más alta, la respuesta era bajísima.

Su periplo por la reproducción asistida se inició con un tratamiento de baja complejidad en Montevideo, con su médica mutual, tratamiento en el cual no depositó en su momento demasiada esperanza, porque conocía las bajas posibilidades de embarazo que había con dicha técnica. Después de este primer tratamiento decidieron con su pareja comenzar con intervenciones de alta complejidad: más costosas, pero porcentualmente más efectivas. Se realizó un tratamiento de alta complejidad con icsi⁶⁴ en Montevideo y quince días más tarde tuvo un cuadro agudo de peritoneo irritado que la obligó a permanecer internada durante una semana. Si bien los médicos que la trataron no pudieron aseverar que dicho cuadro fuera una consecuencia del tratamiento que se había realizado, para ella no tiene otra explicación. El segundo tratamiento in vitro decidió que se lo haría en Buenos Aires, no solo porque esperaba encontrar otra respuesta en lo humano y en lo asistencial, sino porque en términos de costos la intervención a Buenos Aires le resultaba casi tan onerosa como realizarla en Montevideo, ya que ella y su esposo viven actualmente en La Paloma. En Buenos Aires tampoco obtuvo el resultado deseado. Ahora tanto ella como su pareja se están realizando estudios genéticos para identificar si la razón de que los embriones no progresen radica en que son incompatibles con la vida y luego continuarán intentando, aunque Catherina se muestra bastante disgustada con las respuestas que le ofrece la ciencia:

—¿Qué es lo que te proponen?

—Seguir probando. Porque hay gente que se ha quedado en la quinta, en la sexta. Pero a mí hacer siempre lo mismo como que no me la creo, que está mal porque yo no tengo formación científica y sé que va un poco en las probabilidades, pero me parece tonto. ¿Seguir haciendo lo mismo que ya fracasó?, no, pienso en otra cosa. Y tampoco pensamos que eso iba a ser tan difícil de solucionar (Entrevista con Catherina).

Leticia, al contrario de Marcia, que aún no se decidió por la ovodonación y de Catherina, que piensa en esta como una opción a largo plazo, recibió óvulos de otra mujer como parte de un tratamiento realizado en Salud Pública y al momento de la entrevista tenía mellizas de un año y medio gracias a esta in vitro. Se le había diagnosticado una endometriosis muy avanzada de la cual había tenido señales durante toda su adolescencia —dolores menstruales muy fuertes—, pero que ningún profesional había sabido interpretar; ella tuvo a las mellizas con 42 años. Muchos años antes tuvo un embarazo no deseado con una pareja ocasional y se practicó un aborto.

64 Por detalles ver el capítulo Breve génesis de los procedimientos de reproducción asistida

Si bien ella está feliz de haber aceptado la ovodonación, la familia de su esposo desconoce las particularidades del procedimiento. Previamente a la in vitro habían querido adoptar a una bebe a la que su gestante quería dar, esto a través de un estudio jurídico, pero a último momento la madre de la niña decidió quedarse con ella. Leticia no se había hecho ningún otro procedimiento de reproducción asistida antes de la inseminación in vitro, porque no contaba con recursos económicos para ello.

La historia de Ingrid, por su parte, aparece en el contexto de las demás entrevistas como un tanto peculiar: ella tuvo cuatrillizas cuando recién comenzaba a desarrollarse en Uruguay la fertilización asistida —sus hijas tenían al momento de la entrevista 16 años—, pero no llegó a hacerse ningún tipo de inseminación. Durante toda su adolescencia había tenido menstruaciones irregulares, incluso meses sin sangrado, y aproximadamente al año de comenzar con su esposo a buscar embarazarse y no conseguirlo hicieron la consulta con el ginecólogo que siempre la había tratado. Como el método que le proponía ese especialista y que ella califica de natural o primitivo no le resultaba productivo decidió ir a una de las clínicas que atendía problemas reproductivos. Allí le recetaron medicación para estimular la producción de ovocitos y tomando la medicación fue que se produjo el embarazo cuádruple que podría haber sido quintuple, porque luego de la cesárea le quitaron un quiste; gracias a la medicación había producido cinco folículos, cuatro de los cuales fecundaron. Ingrid recuerda el momento en que el ecografista vio y escuchó los cuatro latidos:

—Viste que generalmente estás recostada, vos no ves mucho el monitor, lo ve tu pareja o la persona que te acompaña, en este caso, el padre. Y empezó: «Flaquita, ¿pero esto es espontáneo?», yo digo «¿Qué paso?». Me asusté porque digo «¿qué pasó?, ¿qué tengo?». Se vieron perfecto. Luis hacía con los dedos, tres, hasta que se vio el cuatro. Se vieron perfecto. Los cuatro latidos, todo. Era impresionante, una cosa que el ecógrafo mismo quedó impactado y allá afuera, cuando la secretaria fue a buscar el casete.

—¿Vos qué sentiste en ese momento?

—En ese momento Luis quedó impactado y yo quedé como reimpresionada y le digo: «Bueno, ¿no nos vas a felicitar?». Éramos unos inconscientes. En el momento felicitaciones, cuando salimos el comentario de todo el mundo [...] Nosotros llevamos el embarazo con mucho positivismo, porque es un embarazo de alto riesgo (Entrevista con Ingrid).

Destaca Ingrid que siempre existió el miedo de que alguna de las niñas muriera durante la gestación, al momento del nacimiento o nacieran con alguna discapacidad. Por eso algunos especialistas le sugirieron realizar una embrioreducción⁶⁵ para deshacerse de algunos de los embriones o un cerclaje cervical: una intervención en el cuello del útero para disminuir los riesgos durante el embarazo. Eligieron hacer esto último y felizmente las cuatrillizas nacieron en perfectas condiciones. De todas maneras, Ingrid recuerda el desamparo con el cual vivió

65 Ver glosario anexo.

todo el embarazo: desamparo por parte del médico que la había comenzado a tratar y que cuando se enteró del acontecimiento prefirió desentenderse y desamparo con relación a su entorno que, según ella lo percibía, no lograba comprender la dificultad del proceso que ella estaba transitando.

Otra historia es la de Daniela y Sabrina. Daniela y Sabrina son pareja y esperaban al momento de la entrevista un bebé —Sabrina es la gestante— producto de una inseminación artificial realizada en Buenos Aires en una clínica recomendada por una agrupación argentina de mujeres lesbianas; esta clínica no obliga a seguir el protocolo de infertilidad. Si bien la imposibilidad de concebir sin intervención tecnológica mediante en el caso de Sabrina parte de que sus relaciones sexuales son con una mujer y por tanto no hay semen ni espermatozoides, lo cual lleva a que no haya posibilidad de embarazo, y aún sabiendo los médicos que es esta la razón de acudir a las TRA y no otra, en Uruguay la obligan a pasar por los mismos exámenes que a una mujer diagnosticada como estéril. Yéndose a Buenos Aires a realizar el tratamiento lo que Sabrina y Daniela quisieron fue evitar este protocolo, que resulta en su caso en un consumo obligado de fármacos que no reviste sentido.

Todas las entrevistadas tienen formación secundaria; algunas también se desarrollan en tareas profesionales con educación terciaria, como Nirvana, Marcia, Laura, Juliana, Sandra, Camila y Catherina. Leticia, Sabrina e Ingrid desarrollan tareas administrativas. Jazmín tiene formación terciaria no universitaria y trabaja de manera independiente, al igual que Milagros.

La mayoría pertenecen a estratos socioeconómicos medio y medio alto. Leticia es la única cuya situación económica está por debajo de esta condición y fue quien consecuentemente pudo realizar el procedimiento *in vitro* por el cual tuvo mellizas en la clínica que funcionó en la ciudad de Las Piedras en convenio con ASSE. Andrea, por su parte, con un pasado incluso de penurias económicas, hoy goza de una condición social y económica que permite ubicarla en un estrato socioeconómico medio. Todas ellas son blancas, excepto Catherina, que es afrodescendiente.

Con esta breve descripción quiero dar cuenta de la existencia de algunas características diversas dentro del grupo de mujeres entrevistadas. Sin embargo, en esta investigación no me detengo a analizar de manera específica cómo juegan la condición socioeconómica o la pertenencia étnica en los procesos de reproducción asistida; considero que para ello debería contar con una muestra más vasta centrada en tales diferencias y encauzar los objetivos y algunos aspectos de la indagatoria en tal sentido. De todas formas sí introduzco algunas reflexiones que aluden a la dimensión socioeconómica y a algunas desigualdades que se procesan en torno a esta al analizar aspectos como la donación de óvulos.⁶⁶

66 Ver Ovocitos: un bien preciado.

Nombre (seudónimo)	Edad (al momento de la entrevista)	Tratamientos realizados	Hijos/as	Embarazos
Sandra	43	Dos inseminaciones in vitro (Asistencia Mutual)	Tres: el primero producto de la primera inseminación in vitro, el segundo en un segundo procedimiento con óvulo congelado del procedimiento anterior, el tercero de manera «natural».	Cinco: Un embarazo que abortó de manera voluntaria antes de los 30 y otro que abortó de manera natural antes de la segunda in vitro
Milagros	35	Una inseminación artificial y dos in vitro en Montevideo (Clínica Privada), y una in vitro en Buenos Aires (Clínica Privada)	Dos: gestados sin intervención tecnológica luego de haber decidido hacer una pausa en los tratamientos de reproducción asistida.	Cuatro: Los de su hijo e hija pero también tuvo un embarazo ectópico entre tratamientos, y un embarazo con diagnóstico de «huevo muerto retenido» que tuvo que abortar
Juliana	40	Una inseminación y una in vitro (Asistencia Mutual)	Dos: una hija de 12 años de su pareja anterior, cuya fecundación se produce sin que medie tecnología alguna, y una bebé de 10 meses resultado de la inseminación in vitro.	Dos
Laura	36	Cinco inseminaciones (Asistencia Mutual)	Dos varones de la última in vitro.	Uno
Camila	43	Cuatro inseminaciones y tres in vitro, dos completas, de la última nacieron las mellizas y en medio una in vitro que no llegó a completarse	Dos mellizas de la última in vitro	Uno
Jazmín	36	Tres inseminaciones, una in vitro con embriones frescos y una segunda in vitro con embriones congelados (Asistencia Mutual)	Mellizos de 9 del tratamiento in vitro con embriones congelados y un varón de 8 años sin que medie tecnología.	Dos
Andrea	30	Dos inseminaciones y dos in vitro. (Mutual y privadas)	No tiene	Uno, producto de la segunda in vitro

Nombre (seudónimo)	Edad (al momento de la entrevista)	Tratamientos realizados	Hijos/as	Embarazos
Marcia	35	Dos in vitro y una inseminación asistida. (Clínicas Privadas en Mdeo. y Buenos Aires)	No tiene	Uno, concebido de manera «natural» antes de la última inseminación. Fue un aborto espontáneo.
Catherina	34	Una inseminación asistida, una in vitro en Mdeo. y otra en Buenos Aires.	No tiene	Ninguno.
Nirvana	48	Varios tratamientos de reproducción asistida (Clínica privada)	No tiene	Ninguno.
Leticia	44	Un tratamiento in vitro con ovodonación en clínica pública (convenio ASSE)	Unas mellizas de un año y medio producto de la inseminación in vitro.	Dos, el de las mellizas y una gestación que terminó en aborto voluntario muchos años antes de conocer al padre de las mellizas.
Ingrid	46	Solo estimulación hormonal	Cuatrillizas	Uno.
Sabrina	32	Ella tiene una pareja mujer y era la gestante, al momento de la entrevista del embarazo habían logrado a partir de una inseminación con óvulo de donante realizada en Buenos Aires, porque allí no les obligaban a seguir el protocolo de infertilidad	Un varón	Uno.

En cuanto a los especialistas entrevistados, en Uruguay existen únicamente tres clínicas privadas dedicadas a reproducción asistida; dos de ellas trabajan en Montevideo, la capital del país, mientras que la tercera en sus comienzos se instaló en Salto, departamento del norte del país y ahora trabaja en Salto y también en la capital. Entrevisté a un/a representante de cada una de estas clínicas. Cabe asimismo señalar que los ginecólogos a cargo de una de estas clínicas privadas desarrollaron también, durante dos años, de 2009 a 2011, un proyecto en convenio con ASSE mediante el cual realizaron diversos tipos de tratamientos de reproducción humana de manera gratuita a todas aquellas parejas que tuvieran cobertura de salud pública. Esta clínica se montó en la ciudad de Las Piedras —departamento de Canelones, vecino a la capital montevideana—. Fue en esta

clínica donde Leticia hizo el tratamiento para la inseminación in vitro, producto de la cual nacieron sus mellizas.

También existe una clínica de reproducción humana en el hospital Pereira Rossell, hospital público y universitario. Con respecto a los tratamientos, la clínica del Pereira Rossell no brinda tratamientos de alta complejidad. Para este trabajo entrevistamos a una de los tres médicos/as que trabajan en la clínica.

La otra manera de acceder a tratamientos de reproducción asistida en Uruguay es a través de los centros médicos que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).⁶⁷ Sin embargo, estos centros no cubren los costos de todo el tratamiento y, dependiendo de las necesidades de las parejas, algunas deben completar su tratamiento de manera privada. Una médica y un médico entrevistados para esta investigación se desempeñan en este tipo de centros; más allá de que realicen actividad privada, esta es su principal forma de acceso a las parejas o las mujeres que necesitan un tratamiento de reproducción asistida.

Finalmente entrevisté seis médicos en Uruguay, que se entiende que representan este abanico de posibilidades en materia de reproducción humana asistida, y tres en Buenos Aires.

En Uruguay solamente dos centros reportan a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, en ambos centros se realizaron entrevistas. En Buenos Aires, por su parte, son trece los centros que reportan, pero dos pertenecen a hospitales, por lo cual no realizan tratamientos completos, otro es un laboratorio y otro es un centro dedicado exclusivamente a la investigación, no atiende pacientes.

Si bien entonces no entrevisté a representantes de todos los centros bonaerenses que trabajan en reproducción asistida, los centros en los que realicé las entrevistas resultan significativos por diversos motivos. Uno de ellos es el centro precursor de la medicina reproductiva en Argentina, CEGYR, fundado por Nicholson, a pesar de que actualmente los y las especialistas que trabajan en el centro no sean los históricos. En otro de los centros, Fecunditas, trabaja actualmente uno de los biólogos que se formó con Nicholson y que además es actualmente uno de los directores de la Sociedad Argentina de Reproducción Asistida. El otro centro, Halitus, es uno de los que realiza mayor número de intervenciones en la actualidad; es el primer centro que registró un nacimiento por ICSI y además utiliza algunas técnicas diferentes a las empleadas en otros centros, como acupuntura, taichí, yoga... diferentes tratamientos que acompañan al tradicional. Además realizan la transferencia de embriones en los procesos de alta complejidad con anestesia local y no general, como suele hacerse en la mayoría de los centros. El trabajo de campo en Buenos Aires se complementa además con una publicación⁶⁸ que recoge las discusiones en torno a diversos temas surgidas en un seminario realizado en Buenos Aires en

67 Se trata de la reforma del sistema de salud en Uruguay, que comenzó a gestarse en 2006 y cuyo objetivo principal es universalizar el acceso a la salud.

68 Aspectos éticos y legales de las técnicas de reproducción asistida y las diferentes alternativas terapéuticas. Versión escrita del simposio realizado en el hotel Emperador de Buenos Aires

el cual participaron especialistas de distintas clínicas, no solo de la capital, sino de todo el país. La publicación releva también las opiniones de los médicos, en términos de encuesta, en referencia a cada uno de los temas.

los días 29 y 30 de abril de 2011, Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, Sociedad Argentina de Antropología y Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.

Glosario de términos

- Aborto espontáneo:** pérdida espontánea de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o, si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión o feto de menos de 400 gramos.
- Aborto inducido:** interrupción deliberada de un embarazo clínico que tiene lugar antes de completar las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o, si la edad gestacional es desconocida, de un embrión o feto de menos de 400 gramos.
- Aborto recurrente espontáneo (a repetición):** pérdida de dos o más embarazos clínicos.
- Blastocisto:** embrión, cinco o seis días después de la fecundación, con masa celular interna, capa externa de trofoectodermo y cavidad o blastocele lleno de líquido.
- Ciclo cancelado:** ciclo de TRA en el cual la estimulación ovárica y el monitoreo han sido llevados a cabo con la intención de hacer un tratamiento, pero no se procedió a la aspiración folicular o a la transferencia del embrión, en el caso de un embrión descongelado.
- Ciclo de donación de ovocitos:** ciclo en el cual los ovocitos de una donante son obtenidos para aplicación clínica o de investigación.
- Ciclo de receptora de embriones:** un ciclo de TRA en el cual la mujer recibe cigotos o embriones donados.
- Ciclo de receptora de ovocitos:** ciclo de TRA en el cual una mujer recibe ovocitos de una donante.
- Ciclo de transferencia de embriones criopreservados-descongelados (TEC/D):** procedimiento de TRA en el cual el monitoreo es llevado a cabo con la intención de transferir embriones criopreservados-descongelados.
- Ciclo de transferencia de embriones:** ciclo de TRA durante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Falopio.
- Ciclo de transferencia de ovocitos criopreservados-descongelados (TEC/D):** procedimiento de TRA en el cual el monitoreo es llevado a cabo con la intención de fecundar ovocitos criopreservados-descongelados y transferir los embriones formados.
- Ciclo iniciado:** ciclo de TRA en el cual la mujer recibe medicación para estimulación ovárica, o monitoreo en el caso de ciclos naturales, con la intención de llevar a cabo un tratamiento, independientemente de si se realiza la aspiración de ovocitos.
- Ciclo para receptora de espermatozoides:** ciclo de TRA en el cual una mujer recibe espermatozoides de un donante que no es su pareja.
- Criopreservación:** la congelación o la vitrificación y el almacenamiento de gametos, cigotos, embriones o tejido gonadal.
- Diagnóstico genético preimplantation (DGP):** análisis de cuerpos polares, blastómeras o trofoectodermo de ovocitos, cigotos o embriones para la detección de alteraciones específicas, genéticas, estructurales o cromosómicas.
- Donación de embriones:** transferencia de embriones resultantes de gametos (espermatozoides y ovocitos) que no se originaron de la receptora y su pareja.
- Embarazo ectópico:** un embarazo en el cual la implantación tiene lugar fuera de la cavidad uterina.
- Embrión o fetorreducción:** procedimiento para reducir el número de embriones o fetos viables en un embarazo múltiple.
- Embrión:** producto de la división del cigoto hasta el fin del estadio embrionario (ocho semanas después de la fecundación).

- Estimulación ovárica controlada (EOC) para ciclos no de TRA: tratamiento farmacológico en el cual las mujeres son estimuladas para inducir el desarrollo de más de un ovocito.
- Estimulación ovárica controlada (EOC) para TRA: tratamiento farmacológico en el cual las mujeres son estimuladas para inducir el desarrollo de múltiples folículos ováricos para obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular.
- Estimulación ovárica suave para FIV: procedimiento mediante el cual los ovarios son estimulados con gonadotropinas o otros compuestos con la intención de limitar el número de ovocitos obtenidos para FIV a menos de siete.
- Fecundación in vitro (FIV): técnica de reproducción asistida (TRA) que involucra fecundación extracorpórea.
- Fecundación: penetración de un ovocito por un espermatozoide y la combinación de sus materiales genéticos, lo que resulta en la formación de un cigoto.
- Feto: producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las ocho semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.
- Gestante subrogada: mujer que lleva adelante un embarazo habiendo acordado que ella entregará el bebé a los padres previstos. Los gametos pueden originarse de los padres previstos o de terceros.
- Implantación: La unión y la subsecuente penetración del blastocisto libre de zona pelúcida usualmente en el endometrio, que comienza cinco a siete días después de la fecundación.
- Inducción de ovulación (IO): tratamiento farmacológico de mujeres con anovulación u oligoovulación con la intención de inducir ciclos ovulatorios normales.
- Infertilidad: enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas.
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI, por sus siglas en inglés): procedimiento mediante el cual un solo espermatozoide es inyectado en el citoplasma de un ovocito.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO): respuesta sistémica exagerada a la estimulación ovárica caracterizada por un amplio espectro de manifestaciones clínicas y de laboratorio. Se clasifica en suave, moderado o severo de acuerdo con el grado de distensión abdominal, agrandamiento de los ovarios y complicaciones respiratorias, hemodinámicas y metabólicas.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica severo: el SHO es severo cuando se tiene que indicar hospitalización.
- Tasa de embarazo clínico: el número de embarazos clínicos expresados por cien ciclos iniciados, ciclos de aspiración o ciclos de transferencia de embriones. Nota: cuando se expresen las tasas de embarazo clínico, el denominador (iniciados, aspirados o transferencias) debe ser especificado.
- Tasa de implantación: número de sacos gestacionales observados dividido por el número de embriones transferidos.
- Tasa de nacimientos vivos: número de nacimientos que hayan resultado en al menos un nacido vivo expresado por cien ciclos iniciados, ciclos de aspiración o ciclos de transferencia de embriones. Cuando se exprese la tasa de nacidos vivos el denominador (ciclos iniciados, aspirados o de transferencias) debe especificarse.
- Tasa total de nacimientos con al menos un nacido vivo: número total estimado de partos con al menos un recién nacido vivo como resultado de un ciclo de TRA iniciado o aspirado, incluyendo todos los ciclos en fresco y los ciclos criopreservados y descongelados. Esta tasa es usada cuando todos los embriones —en fresco y los criopreservados-descongelados— de un ciclo de FIV han sido usados. Nota: El parto de un bebé único o múltiple es registrado como un solo parto.

- Técnicas de reproducción asistida (TRA): todos los tratamientos o los procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado solo a la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero surrogado. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante.
- Transferencia de embriones (TE): procedimiento mediante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Falopio.
- Transferencia electiva de embriones: transferencia de uno o más embriones, seleccionados a partir de una cohorte más grande de embriones.
- Transferencia intratubárica de gametos: un procedimiento de TRA en el cual ambos gametos (ovocitos y espermatozoides) son transferidos a la trompa de Falopio.
- Transferencia intratubárica de cigoto: procedimiento mediante el cual uno o más cigotos son transferidos a la trompa de Falopio.
- Vitrificación: método ultrarrápido de criopreservación que previene la formación de hielo dentro de una suspensión que se solidifica de manera similar al vidrio.
- Zigoto: célula diploide resultante de la fecundación de un ovocito por un espermatozoide, la cual subsecuentemente se divide para formar un embrión.

Mariana Viera Cherro es licenciada en Antropología por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE) de la Universidad de la República (Udelar) y magíster en Ciencias Humanas con énfasis en Estudios Latinoamericanos por la misma Universidad.

Actualmente realiza su tesis doctoral en Antropología (FHCE-Udelar) con una etnografía sobre la gestión de la donación de gametos para reproducción asistida.

Es docente asistente del Departamento de Antropología Social y del Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos (FHCE) y docente agregada del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS-Udelar).

Sus publicaciones abordan temas de sexualidad, ciencia y reproducción (aborto, anticoncepción, derechos sexuales y reproductivos, reproducción asistida) desde una perspectiva de género y feminista.

Desde el año 2000 integra el Programa «Género, cuerpo y sexualidad» del Departamento de Antropología Social (FHCE).

ISBN: 978-9974-0-1262-2



9 789974 012622