



DOCTORADO EN ANTROPOLOGÍA
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Universidad de la República

Tesis para defender el título de Doctorado en Antropología:

Género y biocapitalismo
Economía política de la «donación» de gametos
en Uruguay

Estudiante: Mag. Mariana Viera Cherro
Directora de tesis: Dra. Susana Rostagnol (Udelar, Uruguay)
Co-directora de tesis: Laurence Tain (Lyon II, Francia)

Montevideo, julio de 2019

ÍNDICE

RESUMEN/RÉSUMÉ/ABSTRACT

INTRODUCCIÓN GÉNERO, REPRODUCCIÓN BIOTECNOLÓGICA y BIOCAPITALISMO

Producción, reproducción y género. Los gametos que circulan. Género y sexuación de los cuerpos. Género, economía política, reproducción y parentesco: viejas preguntas en nuevos contextos. Organización de la obra.

CAPÍTULO I GENEALOGIA DE UN PROBLEMA

La historia de Andrea y la dimensión política del problema de investigación: mayo de 2016. Filiación biológica y naturalización de la cultura. Reproducción y relaciones de dominación. Volviendo a enero de 2011. Personas biodisponibles. Perspectivas feministas acerca de la relación entre género y biotecnologías reproductivas.

CAPÍTULO II DE SECRETOS Y ANONIMATOS. ETNOGRAFIA EN UN CONTEXTO HOSTIL

La aproximación etnográfica.

Unidades de análisis y técnicas de producción de datos:

- El Programa de Donación de Semen
- Los Programas de Donación de Óvulos.

Actividades. Personas.

La hostilidad del contexto como un movimiento pendular

La redefinición continua de la labor etnográfica. Los usos políticos del anonimato.

Consentimiento informado, ética del compromiso y límites para la investigación.

CAPÍTULO III REPRODUCCIÓN ASISTIDA, DEBATE SOCIAL Y REGULACIÓN LEGAL

La politización de la sexualidad y la reproducción. La llegada de las TRHA a Uruguay y a la región. El proceso de regulación de la reproducción asistida en Uruguay y la identificación del punto ciego en la crítica feminista. La Ley 19.167 y el derecho a la salud, a la reproducción y al goce de los beneficios del avance biotecnológico. El acceso a semen de «donación», la ampliación del concepto de familia y la re-naturalización del cuerpo femenino como cuerpo fecundo. El acceso a ovocitos de «donación» como un derecho reproductivo: una perspectiva crítica.

CAPÍTULO IV GÉNERO y ECONOMÍA POLÍTICA en la PRODUCCIÓN de SEMEN DE DONACIÓN

Producir semen. La excepcionalidad del semen de «donación». Disciplina sexual y gobernabilidad del semen de «donación». Las tensiones entre la necesidad de disponer de gametos y el control de la endogamia. Biotecnologías, bioeconomías y neoliberalismo. La *pérdida* de la masculinidad (hegemónica): evidencias y temores

CAPÍTULO V GÉNERO y ECONOMÍA POLÍTICA en la PRODUCCIÓN de OVOCITOS de DONACIÓN

Producir ovocitos en una *economía espermática*. La escasez de ovocitos como una producción sociotécnica. La producción de personas *biodisponibles* para la provisión de ovocitos. Los mecanismos de acceso a ovocitos de «donación»: más allá de los Programas. La producción de *biodisponibilidad* en un contexto de desigualdades y urgencias. Los controles en la provisión de ovocitos y la producción de *biovalor*

CAPITULO VI
PROVISIÓN DE GAMETOS de «DONACIÓN» y PARENTESCO BIOTECNOLÓGICO

La filiación biotecnológica con gametos de «donación». Paternidad biológica, maternidad tecnológica: género y economía política en el parentesco heterosexual. *La masculinidad herida*. Gametos de «donación», anonimato y parentesco «sin parientes». *¿El gameto como «don»? Cuestionando el principio de reciprocidad en el parentesco biotecnológico*. *Anonimato y matching: la invisibilización del trabajo de provisión de gametos*. El *matching* y la reproducción de los límites raciales.

CAPÍTULO VII
GÉNERO, BIOCAPITALISMO Y MUJERES. REFLEXIONES A MODO DE SÍNTESIS.

REFERENCIAS

Bibliográficas
Fuentes

ANEXO

Glosario de términos

Agradecimientos

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) por otorgarme una beca de Doctorado que me permitió desentenderme de algunas obligaciones laborales para poder dedicarle mayor tiempo a esta investigación. A la Comisión Académica de Postgrado (CAP) de la Universidad de la República, por la Beca de Finalización de Doctorado, que fue el último y necesario empuje para terminar el trabajo de campo y la redacción final de esta tesis. A la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República, por solventar una instancia de trabajo en Francia con la Dra. Laurence Tain.

A todas las personas que de una forma u otra me acompañaron en este largo periplo que es realizar una investigación doctoral.

A mis colegas del Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos (CEIL-FHCE), por darme siempre una palabra de aliento y por sus comentarios al primer capítulo de esta tesis en una versión borrador. Especialmente a Alcides Beretta, Yamandú Acosta y a Susana Dominzaín, quienes en sus respectivos períodos al frente del CEIL aceptaron mis sucesivas solicitudes de licencia. Gracias.

A mis colegas del Departamento de Antropología Social, por intercambiar ideas, sugerencias, palabras de aliento, un mate... en fin, la tan necesaria camaradería. A Andrea Quadrelli y Emilia Abin, por la buena energía que siempre me hicieron llegar. A Victoria Evia, por aquella charla en el ómnibus durante el workshop con Ingold. A todos y todas, gracias.

A mis compañeros y compañeras del Departamento de Trabajo Social, por interesarse por mi trabajo y por la pregunta cariñosa de entrepasillos «¿cómo va la tesis?». Especialmente a mi compañero de cátedra, Carlos Santos, quien siempre facilitó la organización de mi tiempo para llevar adelante esta investigación.

A la cohorte del Doctorado en Antropología. Especialmente a Betty Francia, Virginia Rial, Marcelo Rossal y María Noel González -cohorte y amiga-, por el tiempo, las ideas y el afecto compartido.

A Graciela Sapriza, aunque no nos hayamos visto mucho en estos últimos tiempos, porque sé que siempre está.

A mi «dealer» de noticias sobre reproducción asistida, Ana Costa. Y a toda la Unidad de Profundización y Postgrado (UPEP) de la FHCE, que siempre respondieron amable y diligentemente todas mis consultas.

A Lourdes, por la charla, los consejos ¡y sus milagrosas agujas!

A Andrea, por contarme su historia.

A María Noel, mi amiga tosquense, por su revisión del resumen.

Agradezco también la disposición de los y las especialistas en medicina reproductiva por habilitarme el campo y enseñarme su quehacer. No encontrarán en este trabajo una lectura beneplácita de la tarea que realizan. Espero, sin embargo, que se entienda que mi crítica ha buscado ser siempre respetuosa, que ésta no opaca mi consideración de ustedes como personas y que lo que busca es aportar a un diálogo, que creo urgente y espero sea productivo, entre biotecnologías y ciencias sociales. Gracias también a las personas donantes y candidatas que compartieron su experiencia y su tiempo.

A mi grupo de amigas feministas, colegas, «sisters»: Susana Rostagnol, Valeria Grabino, Serrana Mesa, Emilia Calisto, Natalia Magnone, Magdalena Caccia, Fernanda Gandolfi, Laura Recalde, Mercedes Oyhantcabal, Federica Ondina, Agustina Vitola, Gabriela Romanutti. ¡Por los momentos de risas, de crítica constructiva, de lecturas!

Gracias a Pilar Uriarte, Javier Taks, Valeria Grabino, Emilia Abin y Valentina Brena, por la lectura y el intercambio a partir del borrador final de este trabajo, y sobre todo por el cafecito posterior, tan necesario.

Un agradecimiento especial a Pilar Uriarte, que me sacó de la parálisis y acomodó mis ideas luego de leer un borrador ya prehistórico del primer capítulo de esta tesis; luego las desacomodó al final, y eso también se lo agradezco -aunque costó tomar aliento-, porque me ayudó a mejorar la versión final de este trabajo. A Vale Grabino le agradezco su lectura amorosa y su crítica constructiva de los primeros y luego últimos borradores. Infinitas gracias a ambas por ayudarme a recobrar mis fuerzas en el último trayecto y por la generosidad de sus aportes y acompañamiento. A Natalia Magnone, por darme una dosis necesaria de materialismo histórico.

A Laurence Tain, por ese tiempo de sol y vinos en la campiña francesa. Por recibirnos tan amorosamente a Martín y a mí. Por brindarme material de estudio, por hacer una lectura minuciosa de mi trabajo a pesar del idioma y por darme la confianza necesaria para terminar.

A Susana Rostagnol, por apoyarme siempre. Por disculparse ante cada crítica rigurosa. Por acompañarme, orientarme y apoyarme en cada instancia de mi carrera académica. Gracias.

A mi padre y a mi madre, que me inculcaron el gusto por la lectura y la crítica social. Por darme un hogar amoroso y una sólida formación. A mi padre por hacerme feminista; a mamá por transmitirme su fuerza de voluntad. A mi abuela Orfilia. A Martha y a Carlos, por recibirme como otra hija y ocuparse de sus nietos y su nieta cuando lo precisamos.

A Bruno, Matías y Malena, por enseñarme lo importante.

A Martín: por habernos encontrado y por encontrarnos todos los días. Por más paseos por la France, o donde la vida nos lleve.

RESUMEN

Esta investigación aporta elementos empíricos y discute argumentos teóricos en torno al vínculo entre relaciones de género y bioeconomías reproductivas en el contexto de procesos definidos como biocapitalismo.

Se toma como unidades de análisis los Programas de Donación de material reproductivo, analizándose los procedimientos que se ponen en práctica en el marco de dichos programas y los significados culturales que acompañan estos procedimientos. Estos significados se ponen en juego en las instancias clínicas, pero también en otras instancias, como los debates legislativos o las noticias de prensa. El trabajo de campo incluye así instancias de observación en los procedimientos clínicos, conversaciones con el equipo técnico, conversaciones con quienes aportan o se candidatean para aportar material reproductivo, análisis de prensa y análisis de los debates legislativos sobre regulación de la reproducción humana asistida.

Se propone abordar estos procedimientos desde un enfoque analítico que integre economía política y género como sistemas que dialogan en la provisión de material reproductivo de donación en el marco de las biotecnologías reproductivas.

La investigación nos permite señalar que los procedimientos de producción e intercambio de gametos para intervenciones biotecnológicas con objetivos reproductivos, a pesar de no definirse como procedimientos mercantiles, generan procesos de acumulación de capital. Esta acumulación es posible a partir de la profundización de las jerarquías de clase, de la mano de la ampliación de las formas de parentesco y de la explotación de cuerpos femeninos involucrados en el proceso de reproducción biotecnológica a partir de la provisión de material reproductivo. Todo ello se acompaña y es viabilizado por una ideología neoliberal que se rige por criterios de maximización, racionalización y control de las posibles pérdidas. Estos criterios permiten también ampliar las posibilidades de acumulación al justificar la producción de material biológico por encima de su uso inmediato. Incorporada en esa ideología neoliberal encontramos la dimensión de racialización, orientada a privilegiar la reproducción de algunos atributos raciales en detrimento de la reproducción de otros posibles.

Palabras clave: género, biocapitalismo, economía política, reproducción, biotecnologías reproductivas, feminismo.

ABSTRACT

This research provides empirical elements and discusses theoretical arguments about the link between gender relations and reproductive bioeconomies in the context of processes defined as biocapitalism.

We consider Donation Gamete Programs as analysis units, researching the procedures that are put into practice within the framework of those programs and the cultural meanings beyond procedures. Those meanings arise not only in clinical instances, but also in others such as legislative debates and press. Field work includes instances of clinical procedures observation, interviews with technical teams, conversations with those who donate or are candidates to provide reproductive material, press analysis and analysis of legislative debates on regulation of assisted human reproduction.

We look at these procedures from an analytical approach that integrates political economy and gender as systems that dialogue in the process of donations of reproductive material within the framework of reproductive biotechnologies.

The research allows us to point out that procedures of production and exchange of gametes for biotechnological interventions with reproductive objectives, although not defined as mercantile procedures, generate processes of capital accumulation. This accumulation is possible due to deepening of class hierarchies, in the hand of the extension of kinship forms and female bodies exploitation involved in biotechnological reproduction. All this is accompanied and viable by a neoliberal ideology governed by criteria of maximization, rationalization and control of possible losses. Therefore, it is possible to expand the possibilities of accumulation by justifying the production of biological material over its immediate use. Incorporated in this neoliberal ideology we find dimension of racialization, oriented to privilege the reproduction of some racial attributes to the detriment of other possible ones.

Key words: gender, biocapitalismo, political economy, reproductive biotechnologies, feminism.

RÉSUMÉ

Cette recherche fournit des éléments empiriques et discute des arguments théoriques concernant le lien entre les relations de genre et les bioéconomies en matière de reproduction dans le contexte de processus définis comme le biocapitalisme.

Les Programmes de Donations de matériel de reproduction sont considérés comme des unités d'analyse, examinant les procédures mises en œuvre dans le cadre de ces programmes et les significations culturelles qui les accompagnent. Ces significations sont mises en jeu dans des instances cliniques, mais également dans d'autres instances, telles que des débats législatifs ou des communiqués de presse. Le travail sur le terrain comprend des exemples d'observation des procédés cliniques, des conversations avec l'équipe technique, des dialogues avec ceux qui contribuent ou sont candidats à la fourniture de matériel de reproduction, une analyse de presse et des débats législatifs sur la réglementation de la procréation assistée.

On propose d'aborder ces procédures avec une perspective analytique intégrant l'économie politique et le genre, en tant que systèmes dialoguant lors de la fourniture de matériel de donation de la reproduction dans le cadre des biotechnologies de la reproduction.

La recherche nous permet de souligner que les procédés de production et d'échange de gamètes pour des interventions biotechnologiques ayant des objectifs en matière de reproduction, bien qu'ils ne soient pas définis comme des procédés commerciaux, génèrent des processus d'accumulation de capital. Cette accumulation est possible grâce à l'approfondissement des hiérarchies de classe, à l'extension des formes de liens de parenté et à l'exploitation des corps féminins impliqués dans le procédé de reproduction biotechnologique résultant de la fourniture de matériel de reproduction. Tout cela est soutenu et rendu viable par une idéologie néolibérale régie par des critères de maximisation, de rationalisation et de contrôle des pertes éventuelles. Ces critères permettent également de justifier l'augmentation et l'accumulation de la production de matériel biologique par rapport à son utilisation immédiate. Incorporée dans cette idéologie néolibérale, nous retrouvons la dimension de la racialisation, orientée de

manière à privilégier la reproduction de certains attributs raciaux au détriment d'autres possibles.

Mots clés: genre, biocapitalisme, économie politique, biotechnologies de la reproduction, féminisme

INTRODUCCIÓN

GÉNERO, REPRODUCCIÓN BIOTECNOLÓGICA y BIOCAPITALISMO

Como en los regímenes totalitarios –o, de hecho, en cualquier sociedad radicalmente jerarquizada–, la clase gobernante monopoliza todo lo que tenga algún valor, la elite del régimen se las arregla para repartirse las hembras fértiles como Criadas. Esto tiene un precedente bíblico en la historia de Jacob y sus dos esposas, Raquel y Lía, y las dos criadas de éstas. Un hombre, cuatro mujeres, doce descendientes... pero las criadas no podían reclamar a sus hijos. Pertenecían a las respectivas esposas (Atwood, 2017: 13)¹

Parece ciencia ficción, pero no lo es. En 2018, un grupo de investigación² del Instituto Salk, en California (EE.UU), logró embriones híbridos de humanos y cerdos; estos embriones fueron cultivados hasta que desarrollaron tejidos y se implantaron luego en úteros de cerdas. El objetivo era producir órganos para el trasplante en humanos (Healy, 2018).

Se trata de un ejemplo, entre muchos, de los actuales desarrollos en el campo de las biotecnologías. Estas herramientas del mundo occidental contemporáneo manipulan y producen material biológico: órganos, tejidos, células. Los objetivos de esta manipulación y producción son diversos, desde guardar células para su uso futuro, hasta producir seres humanos.

¹ La novela de Margaret Atwood, «El cuento de la criada», relata, en un futuro incierto y en un lugar denominado República de Gilead, los espacios sociales diversos que ocupan mujeres y varones en una sociedad fuertemente estratificada y aterrorizada de perecer a consecuencia de la infertilidad general causada por el aumento de la contaminación. En ese contexto las criadas, mujeres jóvenes, que se han salido del orden moral impuesto por el régimen político que impera en Gilead, son foco del control biopolítico, con el objetivo de proveer de descendientes a las familias gobernantes.

² Siguiendo la Guía de Estilo de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Disponible en: <http://www.fhuce.edu.uy/index.php/comunicacion/identidad-grafica>) en este trabajo se utiliza la forma genérica del masculino para referir tanto al género masculino como al femenino. No obstante esto, en los casos en que resulta posible se prefiere recurrir al sustantivo para lograr una comunicación no sexista: grupo de investigación, en lugar de los investigadores; el estudiantado, en lugar de los estudiantes, etc.

La investigación que aquí se presenta no habla ni de cerdos ni de órganos. Refiere a otras biotecnologías, las biotecnologías reproductivas y, en el seno de éstas, a la producción de gametos, células reproductivas sexualmente específicas -el ovocito o célula femenina y el espermatozoide o célula masculina-. Estas células pueden destinarse a las intervenciones biotecnológicas con objetivos reproductivos para las personas que las producen, o pueden producirse con el objetivo de destinarse a intervenciones reproductivas para otras personas. Este último fin involucra relaciones de intercambio.

Sin embargo, hablar de cerdos, embriones y tejidos nos permite desromantizar la reproducción biotecnológica y la idea de que su único propósito es la producción de bebés, para, sin desconocer esta «razón de su existencia», visualizar las múltiples producciones y reproducciones que se procesan en ese camino a la producción del hijo biológicamente vinculado (Diniz y Gómez Costa, 2006).

Producción, reproducción y género

Cuando hablamos de reproducción, desde el sentido común, nos referimos a la generación de un nuevo ser vivo. Los procedimientos a los que antes referíamos indican que, por lo menos en el marco de las biotecnologías reproductivas, la reproducción supone bastante más que eso.

En esta investigación concebimos a la reproducción como un proceso que involucra tres dimensiones: la reproducción biológica o procreación, la reproducción de la fuerza de trabajo y la reproducción social, que implica la reproducción de sistemas económicos, políticos, ideológicos (Todaro, 2004). Debemos agregar que, como todo proceso socio cultural, los sistemas económicos, políticos e ideológicos no se reproducen de forma completa, sino que el proceso de reproducción puede implicar asimismo rupturas, transformaciones.

Producir materialmente embriones *in vitro* supone disponer de una tecnología - conocimientos y herramientas-, capaz de lograr una fecundación extracorporal; pero,

concomitante con ello, un acuerdo social de que resulta aceptable este modo de generar personas. Sobre este aspecto Verena Stolcke (2010) advierte que la idea de embrión *in vitro* fue sustituida a partir de 1986 por el concepto de «pre-embrión» propuesto por la embrióloga Mc Laren (Giberti, 2001) y entendido como vida humana puesta en suspenso mediante la congelación, justamente como modo de hacer frente a las barreras culturales que dificultan la aceptación social de estos procedimientos. El término embrión pre-implantación «(...) se adoptó en un tono similar para facilitar la manipulación de embriones en la reproducción asistida» (Kischer 2006; Taylor 2001: 117-118; en Stolcke, 2010: 16).

Lo que quiero subrayar es que la producción de cualquier elemento material -una silla, un vestido, una manzana...-, en el caso particular que nos ocupa la producción de materiales biológicos para la generación de una persona y una relación social de filiación, supone siempre una producción de condiciones simbólicas que dialogan con la producción material. «(...) el significado –no solo la materia- constituye un aspecto ineludible de las condiciones materiales de cualquier proceso de subsistencia» (Narotzky, 2004: 69).

Producir seres humanos filialmente vinculados, puesto que no se trata de producir un ser humano cualquiera sino «un hijo biológico» (Diniz y Gómez Costa, 2006) mediante procedimientos biotecnológicos, es una oportunidad para problematizar cuáles son los sentidos que configuran la relación filial, así como los atributos que se buscará en la reproducción de la sociedad en su conjunto. *¿Qué tipo de relación parental se busca reproducir mediante las tecnologías de reproducción humana asistida (de aquí en más TRHA) y qué lugar tiene la persona «donante» de gametos en estas relaciones?*³ *¿Qué atributos sociales se quiere reproducir y como se piensa que la persona «donante» puede aportar para estos atributos?*

Se trata de explorar las condiciones políticas de producción de una vida, una relación filial y una sociedad y cómo estas se ponen en práctica en los procedimientos biotecnológicos;

³ Si bien en el glosario de términos que figura en el anexo la sigla que se utiliza es TRA, prefiero incorporar la H (humana) para no naturalizar el hecho de que estas intervenciones, aunque muchas de ellas comenzaron en animales, están destinadas a humanos.

explorar la biopolítica que hace a la reproducción biotecnológica, tomando el concepto que acuña Foucault (2012). Lucía Ariza (2012) retoma y complejiza el concepto de Foucault para analizar cómo actúan estos procesos de regulación sobre la reproducción de la vida biológica y de la vida social, y poniendo la mira en los procesos de selección de material reproductivo de donación (óvulos y esperma) que comienza con la selección de las personas que aportarán este material, advierte que el biopoder actúa en estos escenarios desde el nivel molecular de la reproducción (Ariza, 2012).

La biopolítica supone un ejercicio de poder, definido como biopoder (Foucault, 2012) que no siempre actúa por coerción o imposición, sino que generalmente lo hace de formas que en lugar de obturar habilitan, producen (placer, deseo, felicidad). Así el poder no es confrontado. Foucault prefiere utilizar el concepto de gestión, para aludir a las formas sutiles de control que despliega el biopoder; lo mismo que Paola Tabet (2017) cuando habla de la gestión de la sexualidad y la reproducción como formas sutiles de control de estas esferas de la vida social.

¿Qué formas de gestión de la sexualidad y la reproducción se producen en el marco de la actuación de las biotecnologías reproductivas? ¿Qué relaciones de poder instituyen o cuestionan?

Los gametos que circulan

Empecé a buscarle sentido a estos procedimientos de provisión y puesta en circulación de gametos de «donación» inspirada en un texto clásico para el análisis feminista: «El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo» [1984]. Este ensayo retoma la práctica del intercambio de mujeres, identificada por Levi-Strauss (1993) en el contexto de los intercambios matrimoniales para la constitución de relaciones de parentesco, iluminando dos aspectos de este intercambio. Por un lado, que las mujeres circulan como objetos: se encuentran cosificadas en estas relaciones; son intercambiadas y no sujetos del intercambio. Pero ese lugar en las relaciones de intercambio advierte, no resulta de su

capacidad de engendrar, sino de cómo se gestiona esa capacidad biológica en el marco de relaciones sociales; en este caso de relaciones de parentesco.

Este intercambio se orienta a la reproducción de un parentesco heterosexual, puesto que si la circulación busca aportar a la procreación las relaciones generadas deben ser necesariamente heterosexuales: la relación heterocoital entre personas *cis-género*⁴ es la única que habilita la reproducción biológica. Esto por lo menos fuera del laboratorio, porque las biotecnologías reproductivas habilitan otras formas de engendramiento que escapan a la dualidad sexo-generizada (Lafuente Funes, 2017).

El tabú del incesto, del que habla Levi-Strauss (1993) esconde un tabú previo, que es el tabú de la homosexualidad (Stolcke, 2004); los sistemas de parentesco exigen una división heterosexual de los sexos. Como señalan Yanagisako y Collier, género y parentesco se realizan juntos en sistemas particulares,

(...) suponemos que la creación de la descendencia humana – por medio del intercambio heterosexual, embarazo y parto – constituye el proceso biológico sobre el que suponemos que la cultura construye relaciones sociales tales como el matrimonio, la filiación y el parentesco bilateral. (...) Aunque es evidente que el intercambio heterosexual, el embarazo y el parto son aspectos involucrados en la reproducción humana, también es evidente que producir humanos engloba también otros aspectos. (Yanagisako y Collier, 1994:s/p)

La reproducción del parentesco en el marco de las biotecnologías reproductivas, *¿sigue obedeciendo a esta división heterosexual de los sexos? ¿Cómo operan género y parentesco para la evaluación de la persona y de la célula que ésta va a aportar para la procreación y al parentesco?*

El concepto de *género* es un concepto que en el seno de la teoría social refiere a las relaciones que se organizan en torno al sexo, no como condición biológica, sino como

⁴ Situaciones en las que la identidad de género y el fenotipo sexual son coincidentes; es lo opuesto al transgénero.

lugar social en el contexto de estas relaciones. Guillaumin (2005) explica de una manera muy clara esta organización mediante el concepto de *sexaje*. Ella va a decir que *sexaje* y racismo operan de manera similar: el racismo busca justificar el ejercicio de la dominación como una consecuencia natural de una condición biológica -el color de piel-, mientras el *sexaje* naturaliza la relación de dominación del varón por sobre la mujer, no como personas específicas sino como categoría social, como consecuencia de una condición biológica definida como sexual. El género, como la clase o la raza, implica necesariamente relaciones de poder. La dimensión política es constitutiva del concepto (Scott, 1996).

Mientras que una parte del feminismo francés recurre al concepto de relaciones sociales de sexo (*rapport social*) para referir a estas relaciones, al tiempo que para distinguirlas de lo que se conceptualiza como *relation social* -las primeras son de índole estructural mientras la *relation social* refiere a un vínculo interpersonal- (Falquet, 2018), el término más ampliamente extendido, que deriva del término anglosajón *gender*, es género. Ese es el término que aquí utilizaré, porque es con el que estoy más familiarizada, y porque, más allá del término, ambos conceptos refieren a una relación social en diálogo con una condición sexual, sea como sea que ésta se defina.

Para el análisis que aquí se expone, tomo el concepto de género de Laurence Tain (2013), que lo define como un sistema social que involucra: la sexuación de los cuerpos; el establecimiento de relaciones entre producción, reproducción y sexualidad; y relaciones de dominación, así como de resistencia.

Entiendo que estos tres niveles resultan operativos para abordar los procesos de producción y reproducción implicados en los procedimientos de reproducción biotecnológica con gametos de «donación». La idea de sexuación de los cuerpos permite problematizar cómo opera el género en la evaluación y producción de la biología sexualmente específica que necesita esta reproducción biotecnológica. Recordemos que se trata de producir un gameto femenino y otro masculino, óvulo y esperma, una biología sexualmente específica. También atender a las formas de contestar o resistencia a este sistema.

La alusión a las relaciones de producción, reproducción y sexualidad que hacen al género, permite interpelar las conexiones entre estas esferas y el sistema de género en la reproducción biotecnológica, particularmente cuando existen personas que producen un material biológico específico que se incorpora a los procesos reproductivos, y cuando al parecer el sexo, en tanto relación sexual, resulta innecesario. Por lo menos materialmente, ¿también simbólicamente?

Género y sexuación de los cuerpos

Recuerdo que cuando empecé a investigar sobre estos procesos de producción de material reproductivo para la donación, se me acercó un alumno y me comentó que él estaba pensando en hacer con su pareja un tratamiento de reproducción *in vitro*, pero en España. Como no tenían el dinero para solventar económicamente esa intervención él iba a juntar plata donando material reproductivo: ovocitos. Él era un varón trans. Si bien su apariencia e identidad de género eran masculinas, su cuerpo aún producía el gameto femenino.

Me dijo otra cosa más, que él por encarnar esa condición y lidiar con una demanda de reconocimiento que la sociedad le escatima conocía perfectamente, pero que yo recién ahora comprendo a cabalidad: voy a ir vestido bien de nena, así no tengo problema de que me rechacen.

Producir ovocitos es también producir feminidad; producir semen es producir masculinidad. Se trata de producir un material biológico que sea culturalmente inteligible.

Como ha demostrado la teoría de género, el ser varón o ser mujer refiere a una identidad que se ha concebido en la sociedad occidental anclada a una biología definida como masculina o femenina en virtud de atributos biológicamente definidos -genitales, complexión física, hormonas-, pero que es más producto del género, en tanto sistema social que sexualiza los cuerpos, que de la propia biología.

La idea de sexuación de los cuerpos interpela la condición sexual anatómica como un dato incuestionable, un a priori a partir del cual se establecería el género como dimensión simbólica. Sugiere una operación inversa a la que realizamos desde el sentido común: alguien no es masculino por tener un pene, sino que la idea de masculinidad forma parte de un orden simbólico que opera sobre el modo en que pensamos la biología sexuada, y por cierto también a la persona que es definida en el orden socio-sexuado en virtud de esa biología. Interpela el vínculo naturalizado entre un cuerpo con vulva y es capaz de gestar, que entonces se define como una hembra y por tanto mujer. Invita a invertir el orden de los términos: una mujer, para ser considerada como tal, debe poder cumplir con los requisitos biológicos de su condición, debe tener vulva y ser capaz de engendrar y gestar. En la sociedad occidental contemporánea no solo deber ser capaz, sino que debe hacerlo con felicidad y sacrificio; pero este es ya un asunto que excede la indagatoria que aquí me propongo.

Pero, sobre todo, la mujer debe ser diferente al varón. Varón y mujer, masculino y femenino, forman parte de las dicotomías que organizan el mundo social (Strathern, 1980; Fausto-Sterling, 2006).

La naturalización de la operación cultural que yuxtapone sexo y género, así como las diferencias sociales construidas en virtud de esta operación constitutiva del «modelo dual de los sexos» (Laquer, 1992), ha sido cuestionada teóricamente por las denominadas teorías no-binaristas del género, especialmente la teoría Queer.⁵ Esta problematización ha tomado a personas cuyos cuerpos biológicos, subjetividades e identidades rompen con los vínculos naturalizados, para abordarlas en tanto ejemplos paradigmáticos de la artificiosidad que supone la forma en que pensamos la relación entre sexo y género en la sociedad occidental. Fausto-Sterling (2006) analiza el caso verídico de una atleta española, mujer, que un día «descubre», a consecuencia de un examen de ADN⁶ que su

5 La teoría Queer resignifica el término «queer» que es un término peyorativo para dar cuenta de todo aquello que no entra en lo normativo (raro, extraño...) con el objetivo de generar una posición de crítica a todos los procesos de exclusión y de marginalización que son producidos en función de la norma (Preciado, 2012) Recuperado: <http://paroledequeer.blogspot.com.uy/2012/04/queer-historia-de-una-palabra-por.html>

⁶ Ácido desoxirribonucleico. Este ácido contiene los fragmentos (genes) que se transmiten biológicamente de los progenitores a la descendencia.

fisiología no cuenta con los signos biológicos (gónadas, hormonas) que hacen a lo femenino. Ella sin embargo se ve y siente como una mujer, y quiere ser reconocida de ese modo. El «ser mujer» no resulta aquí de una condición derivada de la biología, aunque nuestra sociedad sigue buscando en la biología la naturaleza del sexo.

En una obra de referencia para la Teoría Queer, «El género en Disputa» de Judith Butler (2005) refiere al sexo, no como condición anatómica, sino como un ideal regulatorio que se materializa en una superficie corporal a partir de prácticas reiteradas, y con un sentido normativo.

(...) una vez que se entiende el «sexo» mismo en su normatividad, la materialidad del cuerpo ya no puede concebirse independientemente de la materialidad de esa norma reguladora. El «sexo» no es pues sencillamente algo que uno tiene o una descripción estática de lo que uno es: será una de las normas mediante las cuales ese «uno» puede llegar a ser viable, esa norma que califica un cuerpo para toda la vida dentro de la esfera de la inteligibilidad cultural (Butler, 2005: 19)

Así, en la materialidad de los cuerpos se expresa la normatividad del *género* y, al establecerse modos normatizados de gobernar la materialización del sexo del *género*, las materialidades que no se ajustan a tales parámetros quedan en el lugar de lo abyecto, siendo sancionadas de múltiples modos: con violencia, opresión, cosificación, invisibilización... Porque la operación cultural que traza la diferencia sexual tiene consecuencias materiales en la vida de las personas y la sociedad. Para mi exalumno significaba no poder realizar el trabajo que implica la provisión, en su caso de ovocitos, para las mismas biotecnologías que le iban a dar la posibilidad de ser padre. Más allá de comportarse como una perfecta mujer, al buscar ser proveedor de material biológico femenino para encarnar una relación social definida como masculina, la paternidad, estaba introduciendo desorden en ese orden sexo-generizado. La propia necesidad de iteración (Butler, 2005), de repetición de la norma que hace inteligible el cuerpo o la materialidad biológica, evidencia este carácter inestable, incompleto del propio orden normativo.

El movimiento y teoría Queer, así como la teorización de género, se han abocado a poner al descubierto estos procesos de naturalización del sexo biológico y del sexo como fundamento del género, buscando sobre todo transformar la matriz de comprensión de estas relaciones. Describir la intersexualidad como «(...) una condición de no conformidad física con criterios culturalmente definidos de normalidad corporal (...)» (Cabral, 2009:137), busca resistir y transformar, así como despatologizar una condición que desde el ámbito de la salud ha sido pensada y abordada como enfermedad.

Género, economía política, reproducción y parentesco: viejas preguntas en nuevos contextos

El concepto de ideología sexual busca advertir sobre la manera en que una sociedad específica articula simbólicamente y materialmente biología corporal, identidades, prácticas sexuales e instituciones sociales. En el occidente moderno, esta ideología se fundamenta en tres pilares (Maffia, 2009): una división de los sexos en dos y solo dos, definidos como masculino y femenino; la afirmación de que las relaciones sexuales deben orientarse a la procreación –asumiendo por tanto su carácter heterosexual y coital–; y una concepción de la familia (heterosexual) como la unidad social básica.

Wittig (1992) se refiere a este régimen político de la sexualidad directamente con el término de heterosexualidad y autoras como Rich (1980) hablan en el mismo sentido de *heteronormatividad*: un régimen social que asume a la relación sexo coital heterosexual como la única sexualidad posible (Rich, 1980). En este trabajo prefiero referirme al concepto de heteronormatividad para significar este orden político, de modo de reservar el término heterosexualidad para describir prácticas sexuales.

Como advertíamos de la lectura que Rubin (1998) realiza de los intercambios matrimoniales en el marco de los sistemas de parentesco, estos intercambios contienen una ideología sexual heteronormativa, que apunta a la procreación y el parentesco heterosexuales.

Rubin va a decir también que el *intercambio de mujeres* da cuenta del lugar social de las mujeres en una economía política del parentesco y la reproducción.

El concepto de economía política refiere a las condiciones y relaciones sociales de producción. *¿Cómo se articulan producción -de gametos-, reproducción y sexualidad para la reproducción y el parentesco biotecnológico?*

La teorización feminista, especialmente el feminismo materialista,⁷ ha insistido en la funcionalidad de las relaciones de género para la producción y la reproducción. Las feministas materialistas francesas van a decir incluso que las relaciones sociales de sexo crean la *clase* de las mujeres y la de los hombres.

(...) ni los varones ni las mujeres son un grupo natural o biológico, no poseen ninguna esencia específica ni identidad que defender y no se definen por la cultura, la tradición, la ideología, ni por las hormonas — sino que simple y sencillamente, por una relación social, material, concreta e histórica. Esta relación social es una relación de clase, ligada al sistema de producción, al trabajo y a la explotación de una clase por otra (Curiel y Falquet, 2005: 8).

Desde esta perspectiva, el género es una relación social, material, concreta e histórica. Así, la primera premisa de este feminismo es que economía política y género están mutuamente imbricados. El feminismo materialista subraya que el materialismo histórico ha estado ciego a las jerarquías sexuales, dejando subsumidas las jerarquías de sexo a las jerarquías de clase y asumiendo así que resulta suficiente con alcanzar la igualdad de clase para alcanzar la igualdad de género. Esta falta de comprensión por parte del análisis marxista de la especificidad de las relaciones de género condujo, según expresión de

⁷ El feminismo materialista tiene una expresión orgánica -así la denomino, a falta de un término más adecuado-, porque son feministas que desarrollaron un pensamiento en conjunto a partir de su reunión en la década de 1970 en torno a la revista *Questions Féministes*; y luego otra expresión más dispersa, que incluye a autoras tanto anglosajonas como europeas no francófonas. Las feministas reunidas en torno a *Questions Féministes* se autodenominan feministas materialistas francófonas (de aquí en más FMF), y entre las representantes de este grupo podemos nombrar a Christine Delphy, Colette Guillaumin, Paola Tabet y Monique Wittig. Considero como parte de un pensamiento feminista materialista más disperso el de Gayle Rubin, sobre todo en «El tráfico de mujeres...»; la obra de Silvia Federici y la de Judith Butler.

Heidi Hartmann (1981), a un matrimonio desavenido entre marxismo y feminismo, en el que el feminismo quedó eclipsado por el marxismo.

La segunda premisa del feminismo materialista es que la organización social de la reproducción y la sexualidad es un asunto político central para entender el modo en que se organizan las relaciones de género. Puesto que las relaciones de género en lo que concierne a la reproducción han estado organizadas en torno a la explotación de un grupo social, los varones, por sobre otro, las mujeres.

Para evidenciar la economía política y la organización socio sexual que organiza la reproducción, el feminismo materialista ha acuñado el concepto de trabajo reproductivo. El concepto de *trabajo reproductivo* busca desnaturalizar los lugares ocupados por varones y mujeres en las relaciones sociales de reproducción, así como los costos asumidos por unos y otras. Buscó hacer evidente que el trabajo reproductivo es un trabajo *productivo* para la economía política capitalista y que el modo en que se organiza obedece a una «(...) economía de construcción de la diferencia sexual» (Preciado, 2008:94) y no a dictámenes de la naturaleza, aunque se recurra a ideologías naturalizadoras que inhiben su potencial cuestionador del vínculo entre relaciones de género y economía política, como antes advertíamos.

Waldby y Cooper (2008) recuperan este concepto para anunciar los costos que tiene el trabajo productivo sexualmente específico en las bioeconomías reproductivas, y desarrollan el concepto de *trabajo clínico*; se trata de resignificar este trabajo en el contexto del modelo biotecnológico de producción (Thompson, en Waldby y Cooper, 2008). Waldy y Cooper (2008) van a señalar que los trabajos clínicos en las bioeconomías reproductivas «(...) descansan en la biología reproductiva femenina como un espacio productivo» (Waldby y Cooper, 2010:58).⁸

Pavone señala que las biotecnologías en el contexto de economías capitalistas se orientan al desarrollo de lo que él define como *bioeconomía*, una «(...) nueva economía basada en

⁸ «(...) rely on female reproductive biology as a generative site».

la manipulación, explotación y apropiación tecnológica de la materia viviente» (Pavone, 2012: 145).

A diferencia de otras bioeconomías, como la provisión de órganos para su uso en transplantes, analizada por la antropóloga Nancy Schepper-Hugues (2001), y la producción agrícola intensiva altamente tecnologizada, las bioeconomías reproductivas se apropian de materia viviente en el marco de procedimientos reproductivos.

Existen diversas bioeconomías. Pero para el autor, las dos únicas bioeconomías que han podido desarrollar todo su potencial han sido las bioeconomías agrícolas -la economía de los cultivos transgénicos, por ejemplo-, y las bioeconomías reproductivas. Estas últimas están constituidas por las biotecnologías reproductivas, pero también por las terapias regenerativas, que suponen investigación con células madre embrionarias, producción de gemelos idénticos para tratamientos de enfermedades, transferencia de células somáticas y desarrollo de bancos de células madre.

En esta investigación consideramos que la provisión⁹ de gametos para las biotecnologías reproductivas constituye una instancia puntual y específica de procesos bioeconómicos más amplios que se configuran en diálogo con las biotecnologías reproductivas y que hacen al biocapitalismo.

La economía política del biocapitalismo implica modalidades de acumulación de capital a partir de la apropiación económica de material viviente o de los procesos de trabajo implicados en su producción. Pero *¿cómo podríamos definir al biocapitalismo?*

Para precisar el concepto parece necesario distinguir capital de capitalismo. David Harvey (2014) señala que el capital es una relación social que se expresa en la acumulación de plusvalía, mientras que el capitalismo son las condiciones materiales, sociales, ideológicas, institucionales, para que el capital exista y logre el desarrollo exponencial

⁹ Utilizo el término «provisión» en lugar de «donación» para abrir un paréntesis que permita cuestionar el carácter altruista del trabajo clínico para la provisión de esperma y óvulos. Reservo de todos modos el término «donación» entrecorillándolo cuando lo uso en sentido nativo.

que le es constitutivo. No ahondaremos aquí en las consideraciones que Harvey (2014) realiza acerca de la necesidad de desarrollo exponencial del capital; solo diremos que esta necesidad obliga a nuevas estrategias de acumulación para el capital en contextos en que los mercados están saturados o las condiciones políticas impiden la explotación de tierras con una lógica capitalista. La generación de nuevos procesos de acumulación en torno al material biológico podría explicarse como parte de dichas estrategias.

¿Qué lugar ocupan las personas proveedoras de material reproductivo en el contexto del biocapitalismo?

Mientras en la República de Gilead, descrita en la obra de Margaret Atwood (2017), la capacidad reproductiva de las mujeres está atada a sus cuerpos y su sexualidad, *¿qué sucede cuando esta capacidad puede ser escindida, la sexualidad anulada y los materiales biológicos intercambiados?* «El cuento de la criada» me permitió identificar que las que me hacía eran viejas preguntas, pero en un nuevo contexto: el de las biotecnologías y bioeconomías reproductivas.

En esta investigación se argumenta que los procedimientos de producción e intercambio de gametos para intervenciones biotecnológicas con objetivos reproductivos, a pesar de no definirse como procedimientos mercantiles, generan procesos de acumulación de capital. Esta acumulación es posible a partir de la profundización de las jerarquías de clase, de la mano de la ampliación de las formas de parentesco y de la explotación de cuerpos femeninos involucrados en el proceso de reproducción biotecnológica a partir de la provisión de material reproductivo. Todo ello se acompaña y es viabilizado por una ideología neoliberal que se rige por criterios de maximización, racionalización y control de las posibles pérdidas. Estos criterios permiten también ampliar las posibilidades de acumulación al justificar la producción de material biológico por encima de su uso inmediato. Incorporada en esa ideología neoliberal encontramos la dimensión de racialización, orientada a privilegiar la reproducción de algunos atributos raciales en detrimento de la reproducción de otros posibles.

Organización de la obra

La argumentación de esta tesis se desarrolla en siete capítulos.

El capítulo I muestra el proceso de construcción del problema de investigación, como un proceso complejo y no lineal, que articula reflexión teórica y trabajo empírico, y en el que algunos sucesos suelen constituirse en mojones para avanzar en la delimitación del problema. En tanto se trata de una investigación feminista, la dimensión política del problema es puesta en evidencia y toma un lugar central para su construcción. Dejar que el problema surgiera de la mano de la preocupación política pero más allá de ésta, fue el proceso intelectual quizás más difícil de todos.

El capítulo II delinea el marco conceptual de la investigación, centrado en los aportes históricos del feminismo materialista para abordar críticamente la relación entre las biotecnologías reproductivas y relaciones de género, como una instancia específica de la comprensión más amplia de la relación entre producción, reproducción, capitalismo y género. En este capítulo también defino algunos de los conceptos clave de la investigación y reviso antecedentes de otras investigaciones que han abordado las biotecnologías reproductivas desde el ángulo de las bioeconomías capitalistas y las relaciones de género.

El capítulo III aborda la estrategia metodológica utilizada para responder a las preguntas de investigación. La unidad de análisis a partir de las cuales se construyen los datos empíricos para responder a estas preguntas son los Programas de Donación de Gametos. A lo largo del capítulo describo las estrategias de desarrollo del trabajo de campo, las técnicas de investigación empleadas, el contexto y las relaciones sociales en el campo.

El capítulo IV busca situar histórica y políticamente la discusión y aprobación de la Ley 19.167, que regula las técnicas de reproducción humana asistida, en el contexto de un cambio de paradigma con respecto a la sexualidad y la reproducción y de una creciente demanda de parte de los movimientos sociosexuales por la consecución de derechos en estos ámbitos. El objetivo es comprender los argumentos centrales del debate como parte de un contexto ideológico más amplio y difuso en lo espacio-temporal (Marcus, 2001).

Esto lleva a remitirme a debates previos en torno a proyectos de ley que buscaban regular las prácticas biotecnológicas con fines reproductivos, pero que finalmente no fueron aprobados y con otros debates contemporáneos sobre leyes aprobadas en los últimos años y relativas a la sexualidad y la reproducción. Además del análisis de los argumentos centrales del debate legislativo para la aprobación de la Ley 19.167, trabajé con notas periodísticas, de prensa y televisión.

Me interesa señalar que la Ley 19.167 es vista como un avance en términos de derechos, pero que el modo en que se plantean los derechos en la discusión parlamentaria no permite ponerlos en relación con las condiciones sociales para su materialización y que esto, en lo que atañe a la provisión y acceso a ovocitos de donación, no permite sopesar las inequidades de género y socioeconómicas que el procedimiento conlleva. Me interesa también advertir como, a partir de la habilitación legal de procedimientos como la provisión de gametos para las biotecnologías reproductivas, el estado se está convirtiendo en un agente clave para el desarrollo de nuevos mercados, en este caso para el biocapital.

Los capítulos IV y V se centran en el análisis de la producción de gametos. En ellos abordo la organización sociosexuada del *trabajo reproductivo*: las diferencias tecnológicas y culturales del manejo de la biología sexuada; los ideales de masculinidad y feminidad que orientan la valoración de los gametos; las formas de generar una disposición en determinadas personas para la realización del trabajo de producción de gametos.

En estos capítulos exploro asimismo la ideología neoliberal y cómo esta ideología opera en los procedimientos de provisión de material reproductivo. Advierto que esta ideología permite ampliar los procesos de acumulación de biovalor, desarrollando procedimientos orientados a minimizar las pérdidas (bio)económicas. Una de esas prácticas es la sobreproducción de material biológico. En el caso de los ovocitos, la sobreproducción tiene repercusiones sobre la salud de las mujeres, repercusiones que los procedimientos biotecnológicos no contemplan, de las que el cuerpo técnico no se hace responsable y que las formas de contralor profundizan en tanto no cumplen a cabalidad con los controles previstos.

El capítulo VII aborda la economía política y el género en la producción del parentesco biotecnológico. Me interesa identificar algunas tensiones que operan en esta producción: la mayor aceptación de la incorporación de material biológico de terceras personas con el concomitante ocultamiento de los procedimientos de provisión de gametos; la ampliación de las posibilidades de reproducción y su puesta en tensión con estrategias de racialización que limitan la reproducción de determinados grupos sociales; y la ampliación del parentesco no heteronormativo en tensión con la biologización del cuerpo femenino en tanto cuerpo reproductivo.

El Capítulo VII retoma las ideas analizadas en cada uno de los capítulos y sintetiza las conclusiones principales de la investigación.

CAPÍTULO I

GENEALOGÍA DE UN PROBLEMA

Tengo la falda roja recogida, pero sólo hasta la cintura. El Comandante me está follando. Lo que está follando es la parte inferior de mi cuerpo. No digo haciendo el amor porque no se trata de eso. Copular tampoco sería una expresión adecuada, ya que supone la participación de dos personas, y aquí sólo hay una implicada. Pero tampoco es una violación: no ocurre nada que yo no haya aceptado. No había muchas posibilidades, pero sí algunas, y ésta es a que yo elegí (Atwood, 2017:140)

La historia de Andrea y la dimensión política del problema de investigación: mayo de 2016

Suena el celular y es Andrea.¹⁰ Me cuenta que, luego de 10 años de haber buscado quedar embarazada mediante intervenciones biotecnológicas con objetivos reproductivos y esperando hace dos años un niño o niña proveniente del sistema de adopción, está embarazada de seis meses: «Es una nena» específica, y creo poder entender por qué esto es importante para ella, ya que crio a sus dos hermanos.

No puedo dejar de conmoverme ante la noticia. Conozco el periplo de Andrea por la reproducción asistida; ella fue la primera entrevistada para mi investigación de maestría (Viera Cherro, 2015) Sé lo que ha deseado ese embarazo y le tengo además un profundo cariño. Ella y Laura han sido las únicas dos entrevistadas para «Lejos de París...» (Viera Cherro, 2015) con las que, por diferentes motivos, he vuelto a verme y conversar.

Andrea, que en su momento había sido diagnosticada como infértil¹¹, y que había transitado un sinfín de tratamientos, lograba ahora un embarazo sin intervención

10 Todos los nombres han sido modificados para preservar el anonimato de las personas involucradas en la investigación.

¹¹ En Uruguay no hay cifras oficiales sobre la incidencia de la infertilidad -definida desde el ámbito sanitario como un flagelo de salud-, en la población. Según planteaba el senador Gallo Imperiale, al discutirse en la Cámara Alta el proyecto de Ley 19.167, y en virtud de las estadísticas de otros países, «(...) esta tasa podría ubicarse entre el 15 % y el 18 % (...) lo que determina que en el Uruguay habría alrededor de 50.000 parejas

biotecnológica. Esto refuerza la idea de que hay una pluralidad de razones por las cuales, aun teniendo relaciones heterosexuales coitales frecuentes, puede no lograrse un embarazo. Sin embargo, la medicina reproductiva indaga en aquellas explicaciones de índole somática, reduciendo a una etiología centrada en lo biológico la pluralidad de etiologías (González Santos, 2016) implicadas en la imposibilidad de dar respuesta a lo que de manera más amplia Diniz y Gomez Costa (2006) definen como *infecundidad involuntaria*.

La infecundidad involuntaria supone el deseo de filiación, pero la imposibilidad de concretarlo por razones que no tienen que obedecer, necesariamente, a una patología médica. Así el concepto de infecundidad involuntaria, a diferencia del de infertilidad utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define la infecundidad como una enfermedad que supone la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas, cuestiona la diversidad de etiologías que impiden concretar el deseo de filiación biológica, además de poner en evidencia las dimensiones no biológicas que hacen al evento reproductivo. Una pareja de lesbianas, por ejemplo, es involuntariamente infecunda, aunque ninguna de sus integrantes tenga problemas médicamente diagnosticados para la reproducción. Una pareja heterosexual es involuntariamente infecunda cuando desea concebir, pero no tener relaciones sexuales coitales.

Casos como el de Andrea, diagnosticada y tratada como infértil a pesar de no haber tenido nunca una explicación médica precisa sobre su imposibilidad para concebir -una situación definida por la medicina reproductiva como de «infertilidad sin causa aparente»-, y embarazada luego de abandonar los tratamientos, dan muestras del terreno ambiguo por el cual transitan las biotecnologías reproductivas.

con dificultades para procrear en algún momento de su vida, de las cuales aproximadamente el 47 % estarían vinculadas a mujeres, el 44 % a hombres y un 12 % a causas desconocidas». (Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, 9-10-2013) Disponible en: https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/20131009S0048_SSN9071463.html#numeral11

Además de que no siempre la ausencia del embarazo encuentra explicación en causas médicamente identificables, las condiciones antes descritas con las que cuenta la pareja heterosexual, no siempre están materialmente presentes. En ciertas oportunidades alguno o ambos miembros de la pareja no dispone del material reproductivo necesario para la reproducción sexuada (óvulo y espermatozoos), o la mujer no dispone de útero, o la pareja no tiene relaciones sexuales coitales (Viera Cherro, 2015), haciendo así imposible la fecundación.

Sin embargo, se considera que la medicina reproductiva resulta competente frente a estas situaciones porque están dadas las condiciones simbólicas para la reproducción biológica –una pareja heterosexual–, aunque no existan posibilidades materiales para concretarla. Puede trazarse aquí un paralelo con la clonación. Siendo una biotecnología asexual para la procreación (Stolcke, 2010), la clonación no recurre al gameto masculino (semén), en términos materiales. Sin embargo, en lo simbólico, no puede prescindir del *macho*. Hay una compensación simbólica frente a la ausencia material (Stolcke, 2010).

Por ello desde un abordaje crítico de estas biotecnologías se ha señalado que concebirlas como herramientas destinadas a paliar un problema definido como médico es, sobre todo, una estrategia destinada a mantener un orden moral (Diniz y Gomez Costa, 2006) que limite el acceso a las TRHA a las parejas heterosexuales integradas por personas *cis-género*, es decir, personas cuya identidad de género concuerda con su determinación sexual en términos biológicos (una mujer con genitales femeninos y un varón con genitales masculinos). Porque estas son las únicas parejas que pueden ser diagnosticadas médicamente infértiles debido a que cuentan –por lo menos simbólicamente–, con los dos gametos materialmente necesarios para la reproducción sexuada y tienen –se asume–, relaciones heterosexuales coitales. Así, si la concepción no ocurre a pesar de estas condiciones, tal dificultad se explica, en el campo de la medicina occidental, por razones de índole médica. Este énfasis en la explicación biologicista para la imposibilidad de concebir buscaría así mantener y reafirmar la *heteronormatividad*: un régimen social que

asume a la relación sexo coital heterosexual como la única sexualidad posible (Rich, 1980).¹²

Hoy en Uruguay, sin embargo, los límites morales para el acceso a estas biotecnologías reproductivas y particularmente a gametos de «donación» se han tornado más flexibles, incluyéndose a parejas de lesbianas y mujeres sin pareja. *¿A qué obedece esta flexibilización?*

Para quienes pasan por intervenciones biotecnológicas con el fin de lograr una descendencia biológicamente vinculada (Diniz y Gomez Costa, 2006), tampoco se trata de un problema puramente médico. Así, la distinción que la medicina reproductiva realiza entre procedimientos de baja y alta complejidad, en función de dónde se produce la fecundación -en la baja complejidad se introduce semen en la vagina para producir una fecundación *in útero* y en la alta complejidad la fecundación se produce *in vitro*¹³ luego de manipulaciones técnicas y extracorpóreas de los gametos-, no permite asir la complejidad de lo que los procedimientos implican en términos de decisiones y de afectaciones para quienes los atraviesan (Gonzalez Santos, 2016).¹⁴

En el comedor de su casa Andrea me había relatado las interrogantes personales que la habían acompañado durante los diez años que con su pareja habían transitado por la medicina reproductiva, además de sus angustias. Ella recurrió a otras terapias –no occidentales- para buscar una explicación que le diera sentido a lo que les estaba sucediendo. También se interpeló en su deseo de descendencia biológica y comenzó el camino de la adopción. La adopción cuestiona la relevancia de los aspectos biológicos en la conformación de las relaciones sociales de filiación. De hecho, si la vinculación biológica para el establecimiento de la filiación no fuera socialmente relevante, el deseo

¹² Monique Wittig (1992) se refiere a este régimen directamente con el término de heterosexualidad; la heterosexualidad no sería una práctica sexual, sino un régimen político de sexualidad. Aunque su propuesta va en el mismo sentido del planteo de Rich (1980), en tanto ambas ubican a la sexualidad como una dimensión política, prefiero emplear el concepto de heteronormatividad para referirme a este régimen político y conservar el de heterosexualidad para describir prácticas sexuales, para facilitar la comprensión del texto.

¹³ Por más detalles se puede recurrir al glosario de términos que se encuentra en el Anexo.

¹⁴ A lo largo del texto recurriré de todas formas a esta distinción en tanto resulta relevante para la medicina reproductiva.

de descendencia de las parejas o mujeres que recurren a las TRHA podría encontrar respuesta en este tipo de institución (Luna, 2005). Recorrer el itinerario de la adopción había supuesto para Andrea y su pareja asumir entonces que no podían ser «padres biológicos».

Por esa senda transitaba mi interés cuando comencé esta etnografía. Me abocaba a analizar el lugar de la biología en la construcción social de la filiación en parejas o mujeres que habían tenido que recurrir a gametos que no eran propios para tener descendencia. Habiendo comenzado el trabajo de campo en uno de los laboratorios que gestiona la donación de material reproductivo (óvulos y espermatozoides), me interesaba por los criterios para seleccionar a las personas donantes y para decidir el destino de las muestras a fin de atender a la reproducción biológica, pero sobre todo a la relación social que implica el vínculo filial (Franklin, 1997). Se trataba de comprender cómo el laboratorio *producía* esa vinculación biológica, tan central para la conformación del parentesco euroamericano, que no existía en términos materiales.

Filiación biológica y naturalización de la cultura

La interrogante sobre cuáles son los aspectos socialmente relevantes para producir relaciones de filiación ha sido un asunto central para la antropología del parentesco. El parentesco, una noción clave en la historia de la Antropología, refiere a las maneras en que las sociedades establecen formas privilegiadas de reciprocidad entre cierto tipo de personas a las que se concibe como parientes y a las que se clasifica en función del lugar que ocupan en el marco de dicho sistema de relaciones. Las dos vías por excelencia para establecer relaciones de parentesco en las sociedades occidentales son la alianza, una relación social instituida a través del matrimonio; y la filiación, que supone un vínculo surgido del reconocimiento de un otro como descendiente. Tal reconocimiento descansa en diferentes procesos sociales.

En occidente la forma socialmente aceptada de constituir filiación ha variado en los diversos contextos sociales, privilegiándose en la ley romana la voluntad de filiación para

instituir la paternidad como un hecho sin más justificativo que el reconocimiento del otro como descendiente, y la constitución de la paternidad como un reconocimiento que vendría a refrendar una ligación biológica –natural- centrada en la transmisión de la sangre y los genes. Como demuestra Claudia Fonseca (2016) en su trabajo sobre el uso del ADN como prueba de paternidad en Brasil, la tensión presente en la ley romana entre la filiación como reconocimiento y la filiación como derivada de la transmisión de material biológico de los progenitores a la descendencia, sigue estando presente. Padres que, sabiendo que no son los progenitores biológicos de sus hijos, siguen reconociéndolos como tales, y padres que, habiendo construido una historia familiar de cuidado y cariño con su descendencia, anulan su reconocimiento una vez que se enteran de que no son los padres biológicos.

Esta distancia entre el aporte biológico y la relación social ha sido identificada de forma clara en otras sociedades no occidentales; entre los nuer un varón puede procrear en nombre de su hermano muerto. Será ese varón quien aporte el material biológico, pero su hermano fallecido quien ocupará el lugar social de padre. También entre los nuer, una mujer biológicamente impedida para concebir puede encargar a otra mujer que conciba y geste a su descendencia. Para Françoise Héritier (2007) estos arreglos sociales en la sociedad nuer ponen en jaque el concepto de infertilidad tal como lo concebimos, evidencian otras formas de gestionar la reproducción y permiten distinguir entre procesos biológicos y procesos sociales: la institución social de la filiación no se deriva de manera evidente de los procesos biológicos de la concepción, gestación y parto. Muestran, asimismo, cómo procedimientos que hoy atribuimos a las TRHA, como el uso de semen de un varón para la filiación de otro, o la gestación por parte de una mujer de la descendencia para otra, han estado históricamente presentes en otras sociedades como parte de los arreglos sociales, más allá de las biotecnologías. Por ello para Héritier (2007) las TRHA no suponen una manera de reproducción especialmente novedosa.

Las formas de institución de la paternidad en la ley romana, como reconocimiento social con fundamento en lo legal y como reconocimiento social naturalizado en el aporte biológico procreativo, están presentes a modo de tensión o de «movimientos contradictorios» (Déchaux, 2018) en los procedimientos de reproducción humana

asistida. Esto es especialmente visible en los fundamentos para la selección de donantes de espermatozoides que Déchaux (2018) analiza para Estados Unidos: si bien los procedimientos dan cuenta de una concepción genética de la procreación, la introducción de semen de «donación» precisa de la aceptación por parte de los «padres de intención» de la inclusión de material genético de otras personas en su descendencia.

La figura de los «padres de intención» ha sido creada justamente para resguardar la paternidad y maternidad de quienes recurren a las biotecnologías reproductivas. Mediante esta figura legal, quienes aportan material biológico o hacen un trabajo de gestación no generan derechos sobre la persona nacida de los procedimientos; la relación filial es con el padre o madre «de intención».

Vemos así que la relevancia del aporte genético para constituir vínculos filiales, así como la de otros materiales¹⁵ o prácticas, como puede ser la gestación, es ponderada y resignificada en el marco de relaciones sociales. La incorporación de gametos provenientes del sistema de «donación» (TRHA-D)¹⁶ o la subrogación de útero para la producción de una vida biológica y de una relación filial (Franklin, 1997) en el contexto de intervenciones biotecnológicas con objetivos reproductivos, genera un distanciamiento del ideal de filiación genética obligando a problematizar la relevancia de los gametos o eventualmente otros procesos biológicos para esta relación social.

En mi investigación sobre TRHA en el Río de la Plata (Viera Cherro, 2015) advertía que la gestación resulta un modo de garantizar el vínculo biológico en ausencia del aporte genético de la madre social en la futura criatura. A esta idea, cultivada por quienes practican la medicina reproductiva, de que la gestación permite una simbiosis entre la madre social y la futura criatura a través del alimento y el contacto, la denominé *uterización del vínculo*.¹⁷ La uterización del vínculo habilita una mayor aceptación a la incorporación de óvulos de «donación» en intervenciones *in vitro*.

¹⁵ Podríamos pensar en la transfusión de sangre o la donación de órganos.

¹⁶ De aquí en adelante utilizaré esta sigla para referirme a procedimientos biotecnológicos orientados a la reproducción, en los cuales se incorporen gametos (uno u ambos) de «donación».

¹⁷ Elixabete Imaz (2010) en su etnografía sobre la maternidad señala que la simbiosis es solo una de las metáforas posibles para dar cuenta de las vivencias subjetivas en torno a la gestación.

El método ROPA¹⁸, por el que optan algunas parejas de lesbianas también subraya la importancia de los procesos y materiales biológicos para la relación filial: una gesta el óvulo de la otra fecundado con semen de «donación». La técnica se utiliza en países como España (Marina y otros, 2010; en Machín y Couto, 2014) y Estados Unidos (Mamo, 2007; Thompson, 2005; en Machín y Couto, 2014) pero en ninguno de esos países parece tener la demanda que tiene en Brasil (Correa, 2012; en Machín y Couto, 2014).

Reproducción y relaciones de dominación

Mi primer interés era entonces investigar los requisitos concebidos como *naturales* para la reproducción biológica y la filiación, y cómo se gestionaban en el contexto de la recepción y adjudicación de gametos de «donación», especialmente cómo se reconfiguraba la idea de nexo biológico, genético o sanguíneo, en tanto condición normalizada del vínculo filial para el parentesco occidental en el contexto de TRHA-D. Y sobre todo cómo vivían ese proceso las parejas que acudían a la ovodonación o espermodonación para tener una descendencia «biológicamente vinculada» (Diniz y Gómez Costa, 2006).

Este parecía un camino auspicioso porque además me permitía atar una dimensión clásica de la investigación antropológica, el parentesco, con un tema contemporáneo como las biotecnologías reproductivas y aportar al abordaje no iconoclasta del parentesco inaugurado por los análisis feministas (Fonseca, 2003).¹⁹

¹⁸ La sigla en portugués significa «recepção de óvulo da parceira»: recepción del óvulo de la compañera. Se recupera uno o más óvulos de una de las mujeres para ser inseminados con material reproductivo de donante y ser implantados luego, el o los embrion(es) resultante(s) del cultivo *in vitro*, en la otra integrante de la pareja que llevará adelante la gestación y el parto.

¹⁹ Claudia Fonseca (2003), inspirándose en Lamphere (2001) sostiene las aproximaciones no iconoclastas del parentesco provienen de los análisis de feministas que comenzaron a pensar la constitución de relaciones de parentesco, no desde los aspectos genealógicos como se abordaba en los enfoques clásicos, sino desde los análisis de la maternidad, la familia y el género, considerando entre estos aspectos las tecnologías de reproducción asistida. Estas aproximaciones no fueron reconocidas hasta fines del siglo XX y comienzos del siglo XXI, abonando la idea de que el interés por el parentesco había muerto para resucitar en este siglo.

Sin embargo, la llamada de Andrea me desviaba de ese lugar ideal obligándome a replantearme cuáles eran las motivaciones personales, políticas, intelectuales que, en tanto dimensiones ineludible en la producción de conocimiento (Haraway, 1995), me habían llevado a interesarme por la donación de material reproductivo. En el momento en que sonó el celular, el estado de mi pensamiento sobre esta investigación era un mar turbio, pero ello no se debía a las dificultades de articular un bagaje teórico específico, el de la Antropología del Parentesco, con los dilemas que la filiación como relación social enfrentaba en su diálogo con las biotecnologías reproductivas. Nacía de la convicción de que la pregunta que me había llevado hasta la gestión de la donación de gametos no podía encontrar respuesta únicamente en el análisis de la reconfiguración de las relaciones de filiación a partir del modo en que las parejas -heterosexuales y lesbianas-, o mujeres sin pareja que buscaban procrear a través de TRHA-D²⁰ lidiaban con la ausencia de una continuidad genética entre ellas y su futura descendencia. Más allá que pudiera empatizar con esas parejas y con esas mujeres.

Dialogando con colegas sobre las particularidades de la antropología latinoamericana y feminista²¹, coincidimos que se trata de una antropología que considera que los destinos de antropólogos, antropólogas y sujetos de investigación se encuentran políticamente atados; «La co-ciudadanía impregna la práctica de la antropología latinoamericana (...)» (Jimeno, 2004:40). *¿Qué era lo que hacía especialmente relevante para mí investigar la «donación» de gametos?*

Desde que inicié mi actividad académica mi interés estuvo puesto en las relaciones de poder implicadas en el ejercicio de la sexualidad, en la toma de decisiones sobre el cuerpo, en las trayectorias reproductivas. Por eso me interesé e investigué sobre trayectorias sexuales y reproductivas, atención ginecológica, aborto, anticoncepción.²²

²⁰ Utilizo esta sigla para aludir a los procedimientos biotecnológicos reproductivos que incorporan gametos de «donación».

²¹ Agradezco particularmente a Susana Rostagnol, a Pilar Uriarte y a Javier Taks, colegas del Departamento de Antropología Social de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República, el haber propiciado estos intercambios y verter las ideas que me llevaron a pensar sobre este asunto.

²² La mayor parte de la actividad de investigación en este campo la realicé como integrante del Programa «Género, Cuerpo y Sexualidad», coordinado por la Dra. Susana Rostagnol. (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República)

Centrada ahora en las tecnologías de reproducción asistida mi interés seguía puesto en ese nudo crítico entre reproducción y relaciones de género, no solo en considerar reproducción y la sexualidad como dimensiones sociosexualmente organizadas, sino de evidenciar que en esta organización sociosexual hay personas que tienen menor o ningún poder de decisión sobre su sexualidad y su reproducción.

En esta organización sociosexual de la reproducción, el control sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres ha sido una constante en diversas sociedades y a través de todas las épocas (Tabet, 2018), aunque no siempre de formas coercitivas o evidentes. Por ello Tabet (2018) prefiere utilizar el concepto de *gestión social de la sexualidad y la reproducción*.

La *gestión social de la reproducción* conlleva una amplia gama de disposiciones, desde la apropiación del tiempo de las mujeres, de los productos de su cuerpo, de su sexualidad, de su capacidad de sostén afectivo, hasta la ausencia de una posibilidad real de anticoncepción y de acceso al *aborto voluntario*.²³

Esta forma de pensar el control social sobre la sexualidad y la reproducción condice con el modo de plantear el poder de Foucault; el filósofo utiliza incluso el mismo término, *gestión* para referirse al nexo entre control biopolítico del sexo y «(...) la gestión de la vida» (Foucault, 2012:139). El *biopoder* es el tipo de poder que opera en el régimen biopolítico; es una forma hegemónica, y por tanto no inmediatamente evidente, del ejercicio de la represión por parte de diversas instituciones, fundamentalmente el estado y la ciencia, sobre los cuerpos y procesos biológicos. El biopoder no actúa mediante la coerción, sino a través de la producción de subjetividades afines al poder y, como todo poder involucra, necesariamente, el desarrollo de formas de contrapoder.

²³ Tomo el concepto de *aborto voluntario* para destacar que lo que lleva a la interrupción del embarazo es la ausencia de voluntad procreativa, a diferencia de otras formas de aborto, como el aborto eugenésico, en el que la interrupción del embarazo se explica por valores racistas, sexistas o étnicos; el aborto terapéutico, mediante el que se busca salvar la vida de la gestante, y el aborto selectivo, que se realiza frente a la constatación de lesiones fetales (Diniz y Almeida, 1998; en Rostagnol, 2016).

La ciencia, y particularmente la medicina occidental, se encuentra entre las instituciones que más han ejercido esta forma de poder. Entre otros asuntos, la medicina ha reforzado la idea de la naturaleza reproductiva de la mujer a través de la supuesta existencia de un «instinto materno», existencia cuestionada de forma magistral por Badinter (1984) en su obra «¿Existe el instinto maternal?». También ha colaborado en esto el desarrollo de la teoría de la ovulación, a partir de 1850, que redefinió a «(...) los ovarios como el centro de control del sexo y la reproducción, y valorados como determinantes de la naturaleza de la mujer»²⁴ (Rohden, 2002: 121). Son múltiples e imposibles de reseñar todos los abordajes críticos de esta asociación entre mujer y maternidad y su funcionalidad para relaciones de género patriarcales, entendidas como relaciones sociosexuales en las cuales el poder es del varón. No me refiero aquí a un varón en concreto, ni al varón en cuanto sujeto sexuado; sino a una masculinidad que ostenta el poder y que puede ser encarnada también por una mujer o por instituciones, como la medicina.

En la sociedad uruguaya fue el historiador José Pedro Barrán (1995) quien advirtió de esta asociación entre patriarcado, maternidad y mujer para el Novecientos²⁵, «Parece obvio el vínculo entre la concepción biológica de la mujer imperante en el Novecientos, un aparato reproductor, y la sociedad patriarcal (...)» (Barrán, 1995: 11).

Para cuestionar la apropiación, material y simbólica del cuerpo de las mujeres el feminismo se recurrió al concepto de *integridad corporal*. El concepto de integridad corporal permite fundar soberanía sobre el propio cuerpo, en tanto instancia material pero también subjetiva (Barrancos, 2015), y ha sido un concepto central para demandar el reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos (Correa y Petchesky, 2001). Teniendo en cuenta esto, y centrándose puntualmente en la gestación subrogada como procedimiento técnicamente posibilitado por las TRHA. Dora Barrancos señala que resulta «(...) una verdadera contradicción en sus propios términos apelar a la no sustancialización del cuerpo para defender la

²⁴ «(...) dos ovários como os centros de controle do sexo e reprodução caminha ao lado da sua valorização como determinantes da natureza da mulher».

²⁵ El término Novecientos refiere a las décadas de comienzos del siglo XX, aunque por su laxitud puede hacer referencia también a las últimas décadas del siglo XIX.

maternidad subrogada, y alegar derechos en clave corpórea para abortar» (Barrancos, 2015: 171).

También desde el feminismo-materialista se recurrió al concepto de *trabajo reproductivo* para poner en evidencia que la inversión de energía y tiempo, fundamentalmente por parte de las mujeres, para la reproducción, resultaba invisible en esos términos en el marco de una organización sociosexuada de la reproducción que consideraba a ésta como una tarea *natural* de las mujeres.

La denuncia sobre los mecanismos de control sobre el cuerpo, la sexualidad y las capacidades reproductivas de las mujeres, y la denuncia sobre la cooptación social y desvalorización del *trabajo reproductivo*, hablan de una organización sociosexual, al tiempo que económico-política, de la reproducción.

Volviendo a enero de 2011

Sentadas en el comedor de su casa, Andrea me contaba que el doctor les había explicado a ella y a su pareja que, luego de no haber tenido éxito con las inseminaciones de baja complejidad, tenían que pasar a tratamientos de alta complejidad –inseminación *in vitro*– y que ellos sabían que eso implicaba que «los costos iban a cambiar enormemente».

En ese momento la Ley 19.167, que en su artículo 3º menciona el compromiso el Estado a garantizar el acceso a estas técnicas dentro de las prestaciones del Sistema Integrado de Salud²⁶, recién comenzaba a gestarse. De hecho, esta investigación tiene lugar en un contexto legal diferente al que había cuando en «Lejos de París...» comencé a mapear el ingreso de la reproducción asistida al Río de la Plata y las maneras de implementación de

²⁶ El artículo 5 del capítulo I (Disposiciones Generales) de la Ley 19.167, sancionada en 2013, señala en su segundo párrafo que las técnicas o procedimientos de reproducción asistida de alta o baja complejidad, «(...) quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud y serán financiados por este (...)». El alcance de dicho financiamiento está establecido en el Decreto 84 del Poder Ejecutivo, promulgado el 27 de febrero de 2015, estableciéndose que el mismo será variable «(...) de acuerdo al número de intentos y al ingreso per cápita promedio de la pareja (...)».

los tratamientos en uno y otro margen, y ese cambio no es menor, no solo para quienes demandan acceso a estas biotecnologías reproductivas, sino también para todo lo concerniente a la gestión del material reproductivo de «donación».²⁷

En aquellas circunstancias, teniendo que transitar la mayor parte de los tratamientos reproductivos en el ámbito privado, Andrea me decía, «Ellos [los médicos] como que captan quienes tienen dinero y quienes no»; en ese momento Andrea y su pareja eran de los que no tenían dinero. Por eso el especialista que la trataba le propuso algo que, le advirtió, iba a sonarle raro. Andrea recordaba las palabras del médico: «Yo sé que lo que capaz que lo que te voy a proponer ahora te suene raro, pero vos podés ser donante de óvulos, de folículos (...) y tu receptora pagar tu tratamiento para que vos puedas hacer el procedimiento *in vitro*».

Lo que le estaba proponiendo es lo que se conoce ^{como} «donación mixta o en paralelo». Este procedimiento supone que una persona que está transitando como paciente por las biotecnologías reproductivas para tener descendencia, dé parte de los ovocitos que produzca a consecuencia de la hormonización, a otra mujer. A cambio, la que recibe los ovocitos paga parte de la intervención de la persona «donante». El otro procedimiento por el cual se obtiene ovocitos para TRHA-D se denomina «donación simple o pura». Este procedimiento supone que una persona se presenta a un Programa de Donación expresando su deseo de ser «donante» y, de finalizar todo el proceso, recibe a cambio de su «donación» una compensación monetaria. Esta compensación varía en términos económicos y en el significado que se le otorga –pago, compensación– según los diversos contextos sociales y jurídicos, cuando existe normativa al respecto.

Cuando el especialista le propuso a Andrea «convertirse en donante» por el procedimiento de «donación» en paralelo, ella lo vivió primero con sorpresa, porque «lo escuchaba, porque no entendía mucho de qué se trataba»; luego lo consideró impropio, porque la idea del especialista de que sería como «(...) dar en adopción un hijo (...) ella lo va a tener en la panza, pero información genética de ella no va a haber. Va a ser un hijo tuyo con ese

²⁷ Esta tensión entre el antes y el después de la ley será una constante en el análisis que aquí se expone.

marido» no le gustó en absoluto; fue más tarde cuando consideró que esa sería la única forma de acceder a la intervención *in vitro* que le permitiría a ella y su pareja tener ese hijo o hija que tanto deseaban.

Si no hubiera habido constricciones económicas para que Andrea y su pareja se realizaran el procedimiento *in vitro*, no sabríamos si ella hubiera donado óvulos a otra mujer. Mujeres con las que conversé para mi investigación de maestría (Viera Cherro, 2015), y que pasaron por intervenciones *in vitro*, me confesaron no haber considerado la posibilidad de «donar». Tampoco se les había planteado; ellas podían costear su tratamiento. Evidentemente había una desigualdad de condiciones para el acceso a los procedimientos *in vitro*.

Finalmente, Andrea dio parte de sus óvulos y se realizó el procedimiento *in vitro*, procedimiento que no fue exitoso. Andrea se enteró más tarde, de parte del mismo médico, que la otra mujer sí había quedado embarazada. Se lo dijo para explicarle que hay cosas que no dependen de la ciencia; aunque lo que se publicite sea el éxito, detrás del éxito hay múltiples fracasos. Ante la noticia, Andrea se largó a llorar.

Personas biodisponibles

¿Cuáles eran las condiciones que habían convertido a Andrea en donante cuando ella había ingresado a la reproducción asistida como paciente? Esa era la pregunta que me había perseguido todo este tiempo.

La respuesta parecía sencilla: Andrea fue donante porque no tenía otros recursos económicos para acceder a una intervención de alta complejidad.

Sin embargo, esto es verdad solo en parte. No hay que olvidar que, de no existir condiciones sociales para que Andrea pudiera convertirse en donante, esta conversión nunca hubiera sido posible.

De hecho, el esposo de Andrea, que también podría haber intercambiado semen por una intervención *in vitro* no lo hizo, y no lo hizo porque esa posibilidad nunca estuvo planteada. Siendo el semen, como los ovocitos, un material reproductivo imprescindible para la procreación, resulta obvio que no es un bien que pueda intercambiarse por el acceso a una intervención *in vitro*. De hecho, no existe para la «donación» de semen algo similar a la donación mixta o en paralelo para el caso de los óvulos. Si en términos biológicos ambos gametos son imprescindibles para la reproducción sexuada, en términos de valor para el intercambio y uso en procedimientos biotecnológicos con fines reproductivos, no son equiparables. Los ovocitos pueden entrar en relaciones de intercambio que el semen no.

De la mano de la reproducción asistida –y podríamos agregar también en el laboratorio de investigación en terapias regenerativas-, las células reproductivas del cuerpo femenino, los ovocitos, se han transformado en *huevos de oro* (Stolcke, 2010) de la reproducción asistida. Cada vez son más necesarias porque a los buenos óvulos se les atribuye el éxito de las intervenciones biotecnológicas de alta complejidad, y porque a este uso se suma también la necesidad de esta célula para las terapias regenerativas, que son el último avance en el campo biotecnológico. El desarrollo de las terapias regenerativas necesita de células madre embrionarias²⁸, las que se extraen de embriones generados *in vitro* y para cuya producción son necesarios gametos femeninos.²⁹ La presión social y biotecnológica sobre la provisión de ovocitos resulta evidente en este contexto biotecnológico.

La economía política de la producción y puesta en circulación de gametos, de la mano de la condición socio-económica de Andrea -de su posición de clase-, resultaban elementos insoslayables si se quería explicar por qué había pasado de ser paciente, a convertirse en «donante» de ovocitos, en el marco de las biotecnologías reproductivas.

²⁸ «Las células madre embrionarias tienen dos características que las hacen radicalmente diferentes de cualquier otro tipo celular. La primera es su capacidad de autorrenovación, es decir, la posibilidad de perpetuarse indefinidamente, en estado de células indiferenciadas, si las condiciones de cultivo son las adecuadas. La otra es su capacidad de convertirse en cualquier tipo celular de los más de doscientos que hay en el cuerpo de un individuo adulto. Se consideran por tanto células pluripotentes» (Veiga, 2011: 154)

²⁹ La conexión entre TRHA y terapias regenerativas se condensa en la figura de Anna Veiga, bióloga implicada en el procedimiento que dio nacimiento en España a la primera *bebé de probeta* y que ahora se dedica a investigar sobre terapias regenerativas.

Pensar la «disposición para la donación» otorgando privilegio a las estructuras, como una acción producida en el marco de condiciones sociales y biotecnológicas, me permitía distanciarla de la perspectiva subjetiva que toma gran parte de la literatura médica (Ariza, 2016) que, lejos de explicar la complejidad del proceso lo remite a un razonamiento circular -«las personas son altruistas y entonces donan, y donan porque son altruistas»-, y sobre todo poner en tensión el carácter puramente voluntario del acto de la «donación». El concepto de *biodisponibilidad* (Cohen, 2005) del que me valgo busca, justamente, remarcar el carácter socialmente producido de la disposición a la «donación». Las personas no están *biodisponibles*, sino que se vuelven *biodisponibles* en determinadas condiciones.

Rubin (1998 [1975])³⁰ en su texto ya clásico «El tráfico de mujeres...» invita a profundizar en los sistemas sociales que ubican a las mujeres en ciertos lugares, en el marco de las relaciones sociales.

Una mujer es una mujer. Se transforma en una doméstica, una esposa, una mercancía, una conejita de *Playboy*, una prostituta o un dictáfono humano en determinadas relaciones. Fuera de ellas no es la compañera del hombre, así como el oro en sí no es dinero, etc. ¿Cuáles son, entonces, esas relaciones en las que una hembra de la especie se convierte en una mujer oprimida? (Rubin, 1998:16)

Rubin subraya que no es la biología, sino sistemas sociales como el parentesco, la economía política y el sistema sexo/género, concebido como «(...) conjunto de disposiciones por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana (...)» (Rubin, 1998:17) lo que coloca a las mujeres en determinados lugares en el contexto de las relaciones sociales. En el caso que nos ocupa, estos sistemas se expresan en los procesos de provisión y puesta en circulación de material reproductivo.

³⁰ «The Traffic in Women: Notes on the “Political Economy” of sex », en: Reiter, Rayana (comp.), *Toward an Anthropology of Women*, Monthly Review Press: Nueva York.

En el mismo sentido, las feministas materialistas francesas (FMF), van a advertir que las *relaciones sociales de sexo* -podríamos decir también el género o el sistema sexo/género- crean la *clase* de las mujeres y la de los hombres. Esto supone, no solamente que no es la condición biológica lo que ubica a las personas en determinados lugares sociales, sino advertir, en el mismo sentido que Rubin (1998), que el sistema sexo/género no puede considerarse únicamente como un sistema que produce cuerpos, personas y relaciones sociales generizadas, sino que tiene una dimensión económico-política que dialoga con la dimensión sociocultural. En su dimensión económica, el sistema de género convierte a las mujeres en una *clase sexual*,

(...) ni los varones ni las mujeres son un grupo natural o biológico, no poseen ninguna esencia específica ni identidad que defender y no se definen por la cultura, la tradición, la ideología, ni por las hormonas — sino que simple y sencillamente, por una relación social, material, concreta e histórica. Esta relación social es una relación de clase, ligada al sistema de producción, al trabajo y a la explotación de una clase por otra (Curiel y Falquet, 2005: 8).

Esta idea de *clase sexual* ha sido cuestionada, tanto por las feministas marxistas como por las feministas del sur global, quienes han subrayado que las mujeres no constituyen una clase en función de su sexo en tanto pertenecen a diversas clases sociales, incluso a clases sociales antagónicas. Según esta crítica, convertir a las mujeres en una clase es homogenizar la categoría de mujeres. Sin embargo, se trata de pensar el lugar de las mujeres en las relaciones sociales de producción y reproducción como resultante, no solo de un sistema económico político, sino de un sistema de género que se articula con este sistema económico político en la gestión de la sexualidad y la reproducción. Esta forma de gestión produce relaciones de subordinación, pero estas condiciones no tienen iguales consecuencias, porque existen necesariamente condiciones estructurales con las cuales éstas dialogan. No todas las mujeres se convierten en conejitas de Playboy, dirá Rubin (1998); no todas las mujeres se convierten en «donantes», podríamos decir parafraseándola.

Esta gestión biotecnológica de la sexualidad y la reproducción tiene dimensiones globales, que Laurence Tain (2013) ha buscado abordar mediante el concepto de *cadena global del trabajo reproductivo*. El concepto de *cadena global del trabajo reproductivo* advierte sobre las inequidades de género y económico políticas de estos procedimientos en una escala transnacional.

Una persona o pareja que vive en Estados Unidos compra gametos en Europa del Este y los envía a la India, donde se realizará la fecundación *in vitro* para transferir luego el embrión *in vitro*³¹ a una mujer india que lo gestará, a menores costos que una mujer europea o estadounidense.³² En la India, además, la mujer gesta bajo la tutela de su esposo, que es quien figura como contraparte en el contrato con la clínica (Amador Jiménez, 2010), lo cual da cuenta también de dinámicas de género muy específicas en el mercado biotecnológico reproductivo de la India con respecto a lo que puede suceder en otras partes del mundo. El documental «The google baby»³³ muestra el mercado internacional que hoy hace a la reproducción biotecnológica, dando cuenta de los costos, marcos legales y consideraciones de índole cultural -como la preferencia por donantes de ovocitos europeos-, que le dan forma.

Esta gestión biotecnológica de la sexualidad y la reproducción se articula asimismo con expresiones locales, como la que aquí se busca analizar.

³¹ Franklin y Roberts (2001) definen el embrión *in vitro* como un actor sociomaterial que existe como parte de un set amplio de prácticas sociales y técnicas. Entiendo que la misma definición podría hacerse extensible a los gametos que se producen para la «donación». Me detendré en el análisis de la producción de estas sociomaterialidades en los capítulos de análisis.

³² En la India, una gestación subrogada puede costar de 2 a 10 mil euros, mientras en la Estados Unidos esta cifra puede ascender a entre 50 y 90 mil (Chasles, 2010). Otros países en los que está habilitada legalmente la subrogación de útero son Ucrania, Rusia, Bélgica y México, en América Latina (Barrancos, 2015).

³³ <https://www.youtube.com/watch?v=pQGIAM0iWFM> (Acceso: 9/3/2018) Documental de HBO que pone en evidencia el carácter económico productivo de las biotecnologías reproductivas. Esta dimensión económica está evidenciada desde la leyenda con la cual inicia el documental: «En los 60's, la introducción de la píldora anticonceptiva separó el "hacer bebés" del sexo. Actualmente, las nuevas tecnologías han separado el sexo del acto de "hacer bebés". Hoy lo único que se necesita es una tarjeta de crédito. Las instrucciones están en youtube».

El propósito de esta investigación es así analizar la sexualidad, la reproducción y el parentesco como parte de «(...) una economía política de los sistemas sexuales» (Rubin, 1998: 36) que nos permita comprender las relaciones de género que dialogan con el desarrollo y puesta en práctica de las biotecnologías reproductivas en las sociedades actuales. La preocupación epistemológica y política que subyace a esta tarea analítica es cuestionar las consecuencias que tienen para la biodisponibilidad de determinadas personas, las condiciones simbólicas y económico políticas que organizan la provisión de gametos para TRHA-D en Uruguay.

Perspectivas feministas acerca de la relación entre género y biotecnologías reproductivas

El análisis, denuncia y búsqueda de transformación de las relaciones de dominación y explotación que atraviesan la condición femenina ha sido la razón de ser de la teoría y praxis feminista. El objetivo es caminar hacia sociedades más justas, para todas las personas.

La introducción y avance de las biotecnologías reproductivas, al generar un escenario de transformaciones en las condiciones materiales para la reproducción, ha llevado a una parte del feminismo a abrigar la esperanza de una transformación similar a la ocurrida cuando la píldora anticonceptiva liberó ³⁴ a la heterosexualidad coital de la procreación. Para otra parte del feminismo, las biotecnologías reproductivas han significado por el contrario la profundización de las condiciones de desigualdad para las mujeres. El feminismo latinoamericano, por su parte, poco se ha pronunciado sobre las tecnologías de reproducción asistida (Barrancos, 2015). Esto último no es un problema menor para quienes dirigimos nuestro interés analítico hacia estas biotecnologías. La poca presencia de investigación empírica en el contexto latinoamericano y la casi ausencia de ámbitos de debate específicamente sobre TRHA en la región, es una tendencia que por suerte se viene revirtiendo, aunque

³⁴ Claro que se trata de una liberación relativa y que en algún punto oscurece el hecho de que las mujeres conocían y utilizaban desde mucho antes de la píldora técnicas y procedimientos que prevenían el embarazo, como el coito interrumpido.

La posición más optimista con respecto a las biotecnologías reproductivas y lo que éstas podrían significar en el camino hacia mayores condiciones de igualdad en las relaciones de género, ha sido la de Sulamith Firestone (1976). Firestone sostiene que, en tanto la base de la opresión femenina es el dualismo sexual/reproductivo, las biotecnologías reproductivas podrían ser beneficiosas para la liberación femenina al permitir sustituir «La reproducción de la especie de través de uno de los sexos en beneficios de ambos (...)» (Firestone, 1976: 21). La perspectiva de Firestone (1976) ha sido tildada de neoliberal (Vergués Bosch, 2013) en tanto no logra sopesar cabalmente las condiciones estructurales que atraviesan las decisiones de las personas, entre ellas el mandato social de la maternidad. Si consideramos lo que veníamos argumentando al inicio de este capítulo, Firestone otorga una relevancia esencial a las condiciones biológicas reproductivas para las relaciones de género que no condice con la postura teórica que aquí se sigue: son las condiciones socioculturales y económico políticas las que definen la lectura de la materialidad biológica y la organización del trabajo de producción de gametos y de reproducción biotecnológica para la reproducción social.

Si bien las ideas de Firestone pueden resultar maniqueas, también deben ubicarse en un contexto inaugural para las TRHA. Por otra parte, su interpretación debería ser matizada en tanto la misma autora advierte que la desaparición de las diferencias reproductivas no es por sí sola garante de la liberación femenina. Para ello va a argumentar que lo que resulta necesario es una restitución del control de las mujeres sobre sus cuerpos y la contestación del «amor» como fundamento de la familia y de la explotación del cuerpo femenino, «(...) el amor, más quizás que la gestación de los hijos, es el baluarte de la opresión de las mujeres en la actualidad» (Firestone, 1976: 159).

En el otro extremo del optimismo con respecto a lo que podrían significar las biotecnologías reproductivas para el lugar de las mujeres en la organización social de la reproducción, se sitúa la Feminist Internacional Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering (FINRRAGE), creada en 1984 en los Estados Unidos. Esta Red nuclea a teóricas activistas como Jalna Hanmer, Renate D. Klein, Maria Mies, Robyn Rowland y Gena Corea (Wacjman, 1991) para quienes las tecnologías reproductivas son

intrínsecamente patriarcales y están, además, inextricablemente vinculadas a la ingeniería genética y a la eugenesia, ideología que promueve la necesidad y posibilidad de mejorar la «raza humana».

Renate Klein denuncia la fragmentación y expropiación del cuerpo femenino por parte de estas biotecnologías como materia prima para los laboratorios (Wacjman, 1991), mientras que Gena Corea, en su libro «The mother machine: reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs», editado en 1985, señala que las biotecnologías reproductivas quitan a las mujeres y sus cuerpos el lugar de poder que tienen en la reproducción.

Otras teóricas, entre las que podemos mencionar a Judith Wacjman (1991), Donna Haraway (1995), Verena Stolcke (2010) y Janice Raymond (1995) no asumen *a priori* un impacto positivo o negativo en las relaciones de género a partir de los cambios en la organización social de la reproducción derivados de la introducción y uso de las biotecnologías reproductivas. Si bien estas feministas han trabajado en demostrar el carácter generizado de la tecnología, evidenciando asimismo cómo la ciencia y la tecnología han estado implicadas en el proyecto de dominación de la mujer (Wacjman, 1991), el objetivo es, en cada contexto, analizar cómo opera esa dominación.

Desde esta perspectiva, que es la que aquí compartimos, las TRHA pueden ser consideradas biotecnologías «de doble filo»³⁵ (Stanworth 1987; en Wacjman, 1991), es decir, que pueden ser beneficiosas para la sociedad en términos de una mayor equidad en las relaciones sociales de género, o pueden en cambio obturar el camino hacia la equidad y ser lesivas para determinadas personas que se encuentran en desventaja geopolítica, económica, sexual... en la organización social. Lo relevante sería, por tanto, ver cómo se insertan estas biotecnologías en el seno de las estructuras sociales.

(...) reconocer el carácter profundamente generizado de la tecnología no debe necesariamente llevar a un pesimismo político o a una total negación de las tecnologías existentes. El vínculo entre las mujeres y la tecnología es contradictorio, y supone que la tecnología es en sí misma

³⁵ «double-edged sword».

un constructo social que abre nuevas posibilidades para la investigación y acción feminista (Wacjman, 1991:x).³⁶

Ese es el espíritu que guía a esta tesis: identificar las estructuras que enmarcan la reproducción biotecnológica en la sociedad uruguaya contemporánea y evidenciar, si existen, formas de explotación, mercantilización, objetivación... en el contexto de esta relación, así como formas de emancipación de las relaciones de género.

³⁶ «(...) a recognition of the profoundly gendered character of technology need not lead to political pessimism or total rejection of existing technologies. The argument that women's relationship to technology is itself a social construct, opens up fresh possibilities for feminist scholarship and action».

CAPÍTULO II

SECRETOS Y ANONIMATOS. ETNOGRAFIA EN UN CONTEXTO HOSTIL

Lo normal, decía Tía³⁷ Lydia, es aquello a lo que te acostumbras. Tal vez ahora no os parezca normal, pero al cabo de un tiempo os acostumbraréis. Y se convertirá en algo normal (Atwood, 2017:65)

La aproximación etnográfica

Esta investigación es una etnografía, entendida como perspectiva de abordaje de un problema de investigación, un encuadre teórico-metodológico (Peirano, 2014) orientado a poner en diálogo la teoría con los datos empíricos construidos a partir del trabajo de campo.

El propósito es analizar las relaciones de género y economía política implicadas en la organización biotecnológica de la reproducción, poniendo el foco en un procedimiento específico: la producción y puesta en circulación de material reproductivo. Es a partir de la especificidad que plantea el ámbito de la reproducción biotecnológica con gametos de «donación», que se buscará establecer conexiones más generales acerca de las relaciones entre reproducción, parentesco, relaciones sociales, economía política y género.

Uno de los mayores aportes del enfoque etnográfico es justamente esa capacidad de generar un conocimiento particular para desde allí dialogar con aspectos sociales más generales; en palabras de Restrepo (2016:32), realizar «interpretaciones situadas». Es en ese dialogo entre lo particular y lo general, en su carácter intrínsecamente comparativo (Peirano, 2014), que se encuentra la capacidad analítica de la etnografía y es a partir de esa relación que la etnografía se permite generalizar. Según la expresión ya clásica de Geertz, no se trata de estudiar aldeas, sino *en* aldeas (Geertz, 1997:33).

³⁷ Las *tías* son, en la obra de Atwood, mujeres de edad avanzada, encargadas de adoctrinar a las *criadas* en el cumplimiento del papel social que el régimen les ha otorgado. Recae sobre ellas gran parte de la tarea de moralización social. En el contexto de este adoctrinamiento, son asimismo las que imponen sanciones e incluso la muerte o el destierro a aquellas que no se ajustan a estas normas.

Otra particularidad de la etnografía como perspectiva de investigación coloca en el centro de la producción del conocimiento, como dispositivo epistemológico central (Restrepo, 2016) a quien realiza la etnografía, a la etnógrafa, en este caso. El resultado de la investigación será necesariamente una producción intersubjetiva, nacida del diálogo entre quienes integran lo que definimos como *campo* -porción de lo real que deseamos conocer (Guber, 2001)-, y nuestras propias concepciones y prácticas en tanto etnógrafos y etnógrafas. Eso obliga a realizar un ejercicio de reflexividad sobre las convicciones disciplinares y políticas que orientan nuestro trabajo de investigación³⁸, así como de nuestra posición en el concierto de las relaciones sociales que son relevantes para el *campo*, relevancia que muchas veces no se conoce de antemano, sino que se hace manifiesta durante el mismo proceso etnográfico. Sin esto, la posibilidad de producir un conocimiento descentrado (Grimson, Merenson, Noel, 2012), realmente intersubjetivo y no autorreferente, se torna imposible.

En este capítulo explico, en primer lugar, las decisiones metodológicas que orientaron este proceso de investigación y su pertinencia para dar cuenta del objeto de estudio propuesto. Defino así la unidad de análisis a partir de la cual construyo los datos que hacen al objeto, y describo las actividades desarrolladas para la producción de esta información. Por último, relato y analizo circunstancias -de diversa índole-, que entiendo particularizan este trabajo etnográfico y que me hacen definir su contexto como un contexto hostil.

Unidades de análisis y técnicas de producción de datos

La *unidad de análisis* (Guber, 2004) también definida por otros autores como *unidad de observación* (Restrepo, 2016), en tanto unidad acerca de la cual se construyen los datos (Guber, 2004) que nos acercan al conocimiento del *campo*, está constituida por los

³⁸ Sobre la dimensión política del problema de investigación me detuve en el capítulo I.

Programas de Donación de Gametos. En Uruguay estos programas son cuatro: uno de Donación de Semen, y tres de Donación de Óvulos. Son estos programas los que realizan los diversos procedimientos -técnicos y administrativos- para la producción y distribución de gametos; los que gestionan la provisión de «fragmentos corporales» (Roca, en Dellacasa, 2014) como son los ovocitos y el esperma en tanto instancia particular de una gestión más amplia de la sexualidad y la reproducción en el marco del biocapitalismo.

La unidad de análisis no es necesariamente un lugar físico (Restrepo, 2016), y en este caso específicamente no lo es. Los Programas de Donación de Gametos son instancias fundamentalmente administrativas, que atañe al ámbito de la clínica pero que la exceden, tanto en lo relativo a las prácticas -la obtención de semen, por ejemplo, puede realizarse en el domicilio-, como en lo que atañe a las normas que las enmarcan.

Siendo los Programas de Donación de Gametos la unidad de análisis en la presente etnografía, el trabajo de campo se orientó a conocer los procedimientos involucrados en la provisión de materiales biológicos para dichos Programas, así como en los aspectos simbólicos que rigen tales procedimientos. Las dimensiones simbólica y material de esta provisión.

Esto supuso, a nivel analítico, distinguir dos planos. El plano de la normativa legal, que da cuenta de acuerdos sociales, evidenciando así la dimensión simbólica que acompaña los procedimientos de reproducción biotecnológicos -valores, representaciones, significados-. Y el plano de las prácticas profesionales (Scaiber, 2010), que refiere a procedimientos administrativos, técnicos, médicos, que dialogan con lo normativo pero que también pueden interpelar algunos aspectos simbólicos. Se trata de planos necesariamente articulados pero cuya separación analítica permite evidenciar, y consecuentemente problematizar, posibles desajustes. Justamente, uno de los mayores aportes de la aproximación etnográfica es poner en tensión lo que la gente hace, cree que hace y dice que hace (Guber, 2004; Restrepo, 2016), no para emitir juicios morales, sino para lograr una aprehensión más compleja del problema de investigación.

En el plano normativo, analizo las actas del debate legislativo en torno a la aprobación de la Ley 19.167, particularmente sobre lo que la misma prevé en relación a la «donación» de gametos. El objetivo fue comprender los argumentos centrales del debate como parte de un contexto ideológico más amplio y difuso en lo espacio-temporal (Marcus, 2001). Para ello establecí también conexiones con debates previos que en el contexto uruguayo se suscitaron en torno a proyectos de ley que buscaban regular las prácticas biotecnológicas con fines reproductivos, pero que finalmente no fueron aprobados. También con otros debates contemporáneos en el contexto de la aprobación, entre 2005 y 2015, de una serie de leyes catalogadas «de vanguardia» para el contexto latinoamericano, y vinculadas al terreno de la sexualidad y la reproducción: Ley de Salud Sexual y Reproductiva, Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley de Matrimonio Igualitario. Además del análisis de los argumentos centrales del debate legislativo para la aprobación de la Ley 19.167, trabajé con notas periodísticas, de prensa y televisión.

Los aspectos normativos, también fueron discutidos en las entrevistas en profundidad con quienes están vinculados profesionalmente a los Programas de Donación de Gametos, pero en instancias de conversación informal durante todo el trabajo de campo. Como antes señalaba, lo normativo es un plano del análisis del objeto de investigación y por tanto es necesario considerarlo en todas las instancias del trabajo de campo.

También hacen parte de este plano normativo los «consentimientos informados», que son contratos que firman quienes proveen material reproductivo frente al Programa de Donación de Gametos.

Para conocer los procedimientos técnicos y los significados que los acompañan, fue necesario desplegar diversas técnicas de producción de datos en el marco del desarrollo de algunas actividades que detallo más adelante en este capítulo. Estas actividades fueron realizadas durante un período que abarcó de marzo de 2015 a julio de 2018, de manera más o menos intermitente, en tres escenarios físicos vinculados a los Programas de Donación de Gametos. Estos escenarios fueron El Laboratorio y dos laboratorios de procedimientos *in vitro*.

Programa de Donación de Semen

En Uruguay hay un único Programa de Donación de Semen, y éste es gestionado por El Laboratorio.

El lugar al que llamo «El Laboratorio»³⁹, es una empresa privada que desarrolla dos tipos de actividades de forma simultánea: análisis clínicos y atención a situaciones de infertilidad (análisis de espermatozoides y gestión de «donación» de gametos y embriones). Nació como laboratorio especializado en diagnóstico de patologías reproductivas de varones y fue a partir de 1988 que comenzó a gestionar la «donación» de espermatozoides.⁴⁰ El espermatozoides de «donación» se almacena en un Banco de Semen, que contiene material biológico recolectado y preservado para uso propio y material biológico recolectado y preservado para la «donación».⁴¹

Actualmente el trabajo de El Laboratorio vinculado a la asistencia a la reproducción se ha ido especializando e independizando de la parte de exámenes clínicos que no están orientados a diagnósticos de infertilidad. Incluso espacialmente es posible observar dos áreas diferenciadas: la planta baja, destinada a exámenes clínicos generales, y la parte alta, dedicada a la reproducción. Claro que ambas tareas están vinculadas en lo que hace a los tratamientos reproductivos, así como en los procedimientos de «donación» de gametos. Quienes se realizan tratamientos para poder concebir pasan por instancias de exámenes clínicos en las que se evalúa su salud y capacidad reproductiva. Quienes

³⁹ Al igual que con las personas, las instituciones serán referenciadas con seudónimos -El Laboratorio- o con letras (Clínica A, Clínica B...). Se busca así mantener el anonimato. Se asume, sin embargo, que el anonimato es casi imposible en un contexto en el cual el número de clínicas que practican la medicina reproductiva y el número de Programas de Donación de Gametos es reducido.

⁴⁰ El semen es una sustancia viscosa que contiene los espermatozoides. Técnicamente se habla de «donación» de semen. En este trabajo se utilizará el término semen cuando se quiera seguir el criterio técnico; de lo contrario se usará semen y espermatozoides de forma indistinta para no reiterar y porque en definitiva lo que buscan las biotecnologías reproductivas es el espermatozoides contenido en el semen. Así el uso indistinto de semen o espermatozoides no compromete la precisión del texto.

⁴¹El Banco de Semen se divide en «a» y «b». El «a» guarda las muestras para tratamientos homólogos: muestras que dejan varones que quieren, por diversos motivos, preservar su fertilidad para utilizar en procedimientos de reproducción asistida para sí mismos en el futuro. El Banco «b» guarda las muestras de varones que donan para mujeres o parejas en tratamiento. Las muestras se otorgan a mujeres sin pareja, parejas de varón y mujer o parejas de lesbianas.

«donan» gametos, por su parte, también se realizan una serie de exámenes clínicos para que pueda evaluarse su estado de salud en general y la composición de su ADN, específicamente la presencia o no de marcadores vinculados a algunas enfermedades genéticas.

Programas de Donación de Óvulos

En Uruguay existen tres Programas de Donación de Óvulos. Uno de ellos⁴², está gestionado por El Laboratorio y comenzó a implementarse en 2003. Este Programa proporciona ovocitos de «donación» a varios profesionales nucleados en lo que denomino Clínica A.

Hay, además, otras dos clínicas -las referencio como Clínica B y Clínica C-, que gestionan sus propios Programas de Donación de Óvulos.⁴³

Existe una diferencia en el modo en que los programas de ovodonación B y C acceden a la provisión de ovocitos con respecto al programa de ovodonación que gestiona El Laboratorio. Este último, obtiene los óvulos por *donación pura*,⁴⁴ mientras los otros dos programas practican la ovodonación *mixta o en paralelo*.

En el cuadro que sigue (Cuadro 1), grafico los diversos Programas de Donación de Gametos con el propósito de clarificar sus vínculos institucionales y detallar las actividades de campo desarrolladas en relación a cada uno de ellos.

⁴² Lo referencio como Programa de Donación de Óvulos A.

⁴³ Los referencio como Programa de Donación de Óvulos B y Programa de Donación de Óvulos C, respectivamente.

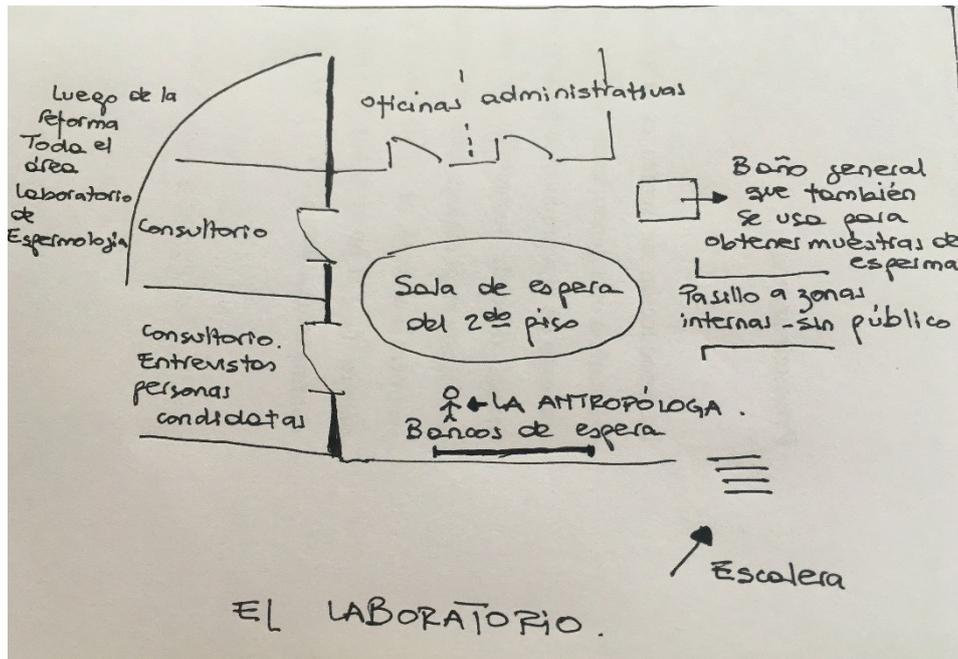
⁴⁴ Ambos procedimientos de provisión de ovocitos fueron explicados en el Capítulo I. También puede recurrirse a la explicación que figura en el Glosario.

Cuadro 1: Detalle de los Programas y las actividades de campo

	Gestionado por...	Los gametos se destinan a...	Actividades de campo vinculadas al análisis de cada Programa
Programa de Donación de Semen	El Laboratorio	Todos los procedimientos privados o por el Sistema Nacional Integrado de Salud	Observación en instancias de entrevista a personas candidatas a «espermodonación» Entrevistas con personal técnico Conversaciones informales con personal técnico y personas «donantes» Observación de procedimientos de manipulación y evaluación de muestras de esperma Acceso a datos sobre «donantes»
Programa de Donación de Ovocitos A	El Laboratorio	Profesionales nucleados en la clínica A	Observación en instancias de entrevistas a personas candidatas a «ovodonación» Entrevistas con personal técnico Entrevistas con candidatas a «ovodonación» Entrevista con una mujer en proceso de ovorecepción Conversaciones informales con personal técnico y personas «donantes» Observación de procedimientos de recuperación de ovocitos en el ámbito del Laboratorio <i>in vitro</i> A
Programa de Donación de Ovocitos B	La clínica B	La clínica B	Entrevistas con personal técnico Entrevistas con «ovodonantes» Entrevistas con una pareja de receptores de esperma de «donación» Conversaciones informales con personal técnico y personas «donantes» Observación de procedimientos de recuperación de ovocitos en el ámbito del Laboratorio <i>in vitro</i> B
Programa de Donación de Ovocitos C	La clínica C	La clínica C	Entrevista con el responsable de la clínica

Actividades

En El Laboratorio realicé observación en la primera entrevista que se le realiza a quienes se candidatean para ingresar en los Programas de Donación de Gametos.



Croquis del espacio de trabajo de campo en El Laboratorio

La posibilidad de participar de la primera entrevista a posibles «donantes» me permitió conocer en la práctica como funciona esa instancia, así como acceder a personas interesadas en «donar» gametos para conocer su disposición a tener una entrevista en profundidad, a posteriori y en otro ámbito.

La primera entrevista a las personas que se candidatean a la «donación» de gametos tiene unos 30 y 45 minutos de duración. Yo participé sentada en una silla al costado de la mesa donde se procesaba el intercambio verbal, escuchando sin grabar ni anotar nada, intentando interferir lo menos posible. Antes de ingresar, las personas candidatas a «donación» eran consultadas por la especialista –hay una especialista que entrevista a quienes se candidatean a la «donación» de semen y otra para quienes se candidatean a la «donación» de ovocitos-, puertas adentro del consultorio, para saber si aceptaban mi presencia durante el interrogatorio. Ese fue un arreglo que hicimos con las especialistas de mutuo acuerdo y con el objetivo de darles a las personas candidatas mayor libertad para eventualmente negar mi ingreso. Ello no ocurrió sin embargo en ningún caso. Si la persona candidata aceptaba yo le contaba, de manera somera, cuál era la razón de mi presencia en ese momento y luego presenciaba la entrevista. Las oportunidades de

intervención estaban pautadas por las especialistas quienes, en algún momento, sobre todo al final de la entrevista, me preguntaban si yo quería realizar preguntas; en ningún caso lo hice.

Luego de este primer encuentro, y ya afuera del laboratorio, realizaba un registro de lo sucedido, enfatizando en las primeras anotaciones de campo los ítems conversados y en las siguientes instancias, dado que la grilla de ítems no cambiaba, me concentraba en anotar sucesos, oraciones, algo que me pudiera haber llamado la atención. Presencí cinco de estas instancias, tres a personas candidatas para «ovodonación» y dos a personas candidatas a «donación» de esperma.

En los casos en que la persona había aceptado tener una entrevista posterior en profundidad, la contactaba a los pocos días, de forma telefónica y, en esa llamada telefónica, pautábamos el encuentro.

Además de las entrevistas a quienes se candidateaban para «donar» material reproductivo, también realicé entrevistas formales a los diferentes especialistas involucrados en la gestión del material reproductivo de donación, así como a quienes se encargan de la evaluación y uso de este material, incluyendo a quienes realizan los procedimientos *in vitro*.

Las entrevistas a profesionales fueron de carácter semi-estructurado con preguntas que se iban construyendo en el diálogo con cada persona entrevistada pero que respondían a dos grandes núcleos temáticos:

1. Trayectoria profesional de la persona, formación general y específica en reproducción humana asistida. Su lugar y relaciones con las personas e instituciones que trabajan en este campo.
2. Aspectos técnicos y simbólicos la tarea que desempeña.

Además de estas entrevistas formales, conversé informalmente con un total de 16 especialistas del campo de la medicina reproductiva durante el trabajo de campo en los diversos escenarios. La formación de estos especialistas es diversa: psicología, ginecología, endocrinología, anestesiología, laboratorio, embriología, biología. Quienes

desarrollan tareas de laboratorio me contaron que la manipulación de células reproductivas no es algo que se aprenda en la carrera de Laboratorista, sino que es una destreza que han aprendido y desarrollado durante su trabajo en el campo de la medicina reproductiva.

En el cuadro que aparece a continuación (Cuadro 2) especifico con qué especialistas, además de tener diversas instancias de conversaciones informales y de observación de su práctica, tuve una entrevista formal. Consigno solo la especialidad⁴⁵, fecha de la entrevista, y modo en que se le cita en el texto para mantener el anonimato.

Cuadro 2: Detalle de las entrevistas realizadas a profesionales

Especialidad	Citación (especialidad y fecha de entrevista)
Laboratorio	Especialista, laboratorio, 17/3/2015
Endocrinología-andrología	Especialista, andrología, 12/3/2015
Medicina- embriología	Especialista, embriología, 27/6/2016
Psicología	Especialista, psicología, 2/7/2015
Ginecología	Especialista, ginecología, 5/8/2015
Ginecología-andrología	Especialista, andrología, 5/3/2015
Ginecología	Especialista, ginecología, 12/9/2016
Ginecología	Especialista, ginecología, 30/11/2016
Ginecología	Especialista, ginecología, 27/7/2018
Abogacía	Abogada del INDT, 23/5/2017
Publicista	Publicista, 10/8/2015

⁴⁵ Se verá que en algunas ocasiones se consigna una subespecialidad por está en vínculo directo con su tarea en el campo de la reproducción humana asistida. Por ejemplo, en el caso de la especialización en embriología es una subespecialización para un/a profesional que proviene de la biología o de la medicina-ginecología.

Cabe señalar que en estas entrevistas está representado todo el espectro de la reproducción humana asistida en Uruguay, en cuanto hay por lo menos un representante de cada una de las tres clínicas y de El Laboratorio. También realicé una entrevista formal a una técnica-abogada del Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDT) y una entrevista formal a una publicista que trabaja en la publicidad destinada a captar «donantes» de gametos.

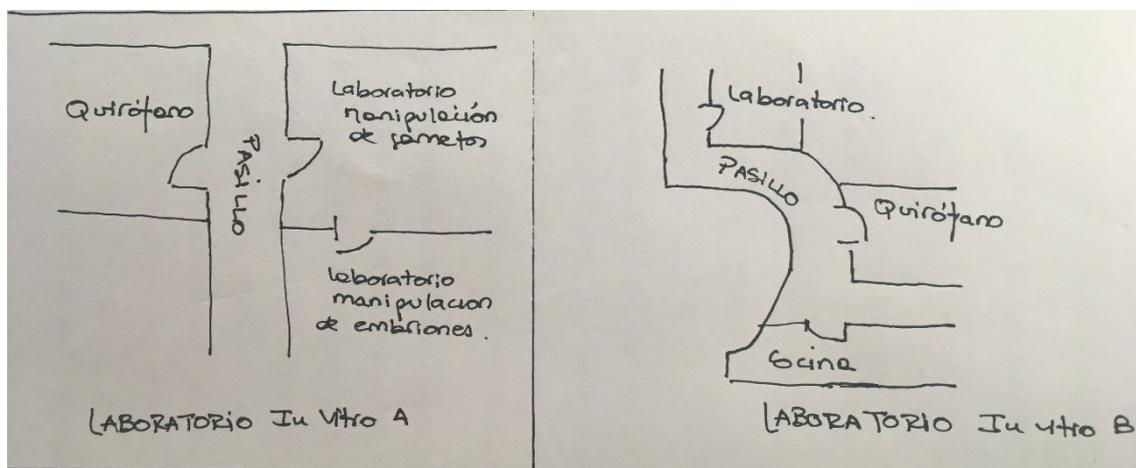
Como consignaba en el Cuadro 1, realicé también trabajo de campo en el contexto de procedimientos de reproducción *in vitro*, que incluyeron instancias de «aspiración» de ovocitos.

Asistir a los laboratorios *in vitro* (A y B) gracias a la invitación de las profesionales que los dirigen, me permitió aprehender con todos los sentidos procedimientos técnicos que antes me habían sido explicados en el contexto de las entrevistas. Fue una manera directa de aproximarme al conocimiento experto, imprescindible para construir inteligibilidad en torno a todo el proceso de reproducción biotecnológica, pero también de sopesar la importancia que, para quienes desarrollan estas tareas, tiene el contar con destrezas específicas que se obtienen en un proceso de formación en el que la práctica clínica y de laboratorio tienen especial relevancia.

No pude realizar trabajo de campo en relación al Programa de Donación de Ovocitos que gestiona la Clínica C, porque uno de sus directores, a quien sí entrevisté, me dijo que ese programa no estaba funcionando en la actualidad debido a las restricciones que, en su interpretación – énfasis mío-, la actual normativa establecía para la *donación en paralelo*.⁴⁶

⁴⁶ Me dijo que las mujeres no estaban «donando», y que tenía más de veinte pacientes que en ese momento esperaban óvulos de «donación» para la realización de intervenciones *in vitro*. Me interesa resaltar que la imposibilidad de realizar el procedimiento de *donación de ovocitos en paralelo*, de la que habla el especialista, es en realidad una interpretación de éste, y esto queda demostrado en el hecho de que una de las otras dos clínicas sigue realizando procedimientos de *donación de ovocitos en paralelo* en el marco de la ley. Llama asimismo la atención que la clínica del entrevistado, por su parte, remitió al Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDT) como información que, de enero a mayo de 2016, recibió 9 «donantes» de ovocitos (entrevista con abogada, 23/5/2017). Quizás cuando el entrevistado dijo que no se estaban recibiendo «donantes» se refería a que no se estaban recibiendo todas las que se estaban precisando.

Los laboratorios *in vitro*, si bien están en diversos edificios y realizan procedimientos para clínicas distintas, tienen una composición similar en cuanto a la distribución de espacios y actividades.



Croquis de algunos de los espacios de trabajo de campo en los laboratorios *in vitro* A y B

Como se muestra en el croquis, en ambos hay un quirófano y laboratorio(s). También en ambos hay habitaciones para preparar a las pacientes y a las «donantes» antes de las intervenciones y para que se recuperen luego de las mismas. Estas habitaciones están alejadas de los espacios físicos de intervención técnica.

En el quirófano se hacen las aspiraciones de ovocitos y las transferencias de embriones. Aquellos embriones que no se transfieren porque se considera que no son viables se descartan, «como haría la naturaleza», me explica uno de los técnicos que trabaja en el laboratorio (DdeC, Laboratorio *in Vitro* A, 27-7-2016).

En el laboratorio se recuperan⁴⁷ los ovocitos aspirados en el quirófano, se prepara la muestra de semen,⁴⁸ se procede al congelado de embriones, descongelado y selección

47 Así se denomina al procedimiento por el cual se separa los ovocitos del líquido folicular en el que están inmersos cuando llegan al laboratorio, en tubos estériles, y se los guarda con un medio de cultivo en una máquina que recibe el nombre de incubadora, a 37°C.

48 Se elimina el plasma seminal –que es el líquido en el que están los espermatozoides- y restos celulares, y se procede a realizar lo que se denomina “swim up” (DdeC, 22/6/2016) un sistema que permite que los

para su posterior transferencia en el quirófano. En el laboratorio A, al laboratorio está frente al quirófano y se divide en dos espacios: uno dedicado a la recuperación de los ovocitos y la preparación del espermatozoide y otro en el que se hace todo el trabajo con los embriones. En el laboratorio B, no existe esta distinción, sino que todas las actividades se desarrollan en un mismo espacio.

Las actividades de recuperación de ovocitos y posterior transferencia del embrión, no se realizan el mismo día para la misma persona, porque los embriones se dejan «incubar», en máquinas denominadas «incubadoras de embriones», que los mantienen a la temperatura del útero, durante tres o cinco días. La decisión de transferir el día tres o el día cinco después de la inseminación depende de una diversidad de factores que el equipo de especialistas evalúa para tomar la decisión. El descongelado y la transferencia se realizan en el día tres o en el día cinco; ello tiene que ver con instancias específicas del desarrollo embrionario.

En los laboratorios *in vitro* A y B realicé observación participante de todos los procedimientos involucrados en las intervenciones de alta complejidad: aspiración de ovocitos, recuperación de ovocitos en el laboratorio, obtención y mejoramiento del espermatozoide (cuando no proviene de El Laboratorio), congelado de embriones, descongelado, selección y transferencia de embriones.

En ambos laboratorios conversé informalmente con el personal técnico que fue explicándome cada uno de los procedimientos técnicos y también burocráticos implicados en la reproducción *in vitro*. Tuve oportunidad de conversar con mujeres y parejas que pasaban por estos procedimientos para lograr su descendencia biológica, así como con mujeres y varones «donantes» de material reproductivo, y de observar la manera en que se desarrolla toda la actividad productiva para la reproducción, además de asistir a intercambios entre el personal técnico y en algunos casos entre el personal técnico y los pacientes.

espermatozoides con mayor motilidad asciendan y pueda separárselos del resto para utilizarlos de manera preferencial en la muestra.

Puse especial atención a las estrategias de atención orientadas a garantizar el anonimato entre personas «donantes» y personas receptoras, tanto en El Laboratorio como en los laboratorios *in vitro* A y B, y también a las controversias surgidas en la práctica técnica en relación a alguno de los procedimientos. Sobre estos aspectos me detengo en los capítulos de análisis.

En el laboratorio B, a diferencia de lo que sucedió en el laboratorio *in vitro* A, estuve más tiempo observando y conversando informalmente con el personal técnico en el quirófano y en una cocina, pequeña, en la que se reúnen, comen algo en los intervalos entre procedimientos, almuerzan, organizan la jornada y discuten asuntos vinculados a su labor profesional. Es también el espacio de camaradería, de la que pude ser parte esa mañana de trabajo de campo.

Personas

Como parte de las actividades del trabajo de campo, «seguí a las personas» (Marcus, 2001) involucradas de diversas maneras en el proceso de obtención y puesta en circulación de material reproductivo. Esto me condujo, además de realizar entrevistas al personal técnico, a entrevistar «donantes» y parejas o mujeres receptoras.

Las personas «donantes» y receptoras de material reproductivo que pude entrevistar fueron contactadas por diversas vías. Algunas las contacté durante el trabajo de campo en el laboratorio *in vitro* B. La nurse, que se encarga de los pacientes, de acompañarlos, de ver qué precisan, fue la que me habilitó a conversar con tres de las mujeres que habían sido intervenidas la mañana que estuve allí. Dos de ellas habían ido para la recuperación de ovocitos para intervenciones *in vitro* que se estaban realizando, una de ellas además «donaba» parte de los ovocitos que se recuperaran para otra mujer –en carácter de «donante» mixta-, y la otra había ido para la recuperación de ovocitos, en carácter de «donante» pura.

El contacto con las tres mujeres –las tres estaban acompañadas de sus parejas, varones-, fue en los respectivos cuartos donde estaban descansando luego de despertarse de la anestesia que les habían dado para realizar la aspiración de los folículos. No quise charlar con ellas antes para no generar alguna situación –nervios, stress...- que pudiera interferir en el procedimiento. Las tres fueron entrevistadas luego para esta investigación, a las dos que cursaban un procedimiento *in vitro* las entrevisté junto a su pareja, mientras que a la donante pura la entrevisté sola. Que estuvieran solas o acompañadas no fue una decisión mía, sino de las entrevistadas.

También entrevisté a varones y mujeres que han tenido intención de «donar» o han «donado» efectivamente células reproductivas para hacer posibles estos procedimientos. La mayoría de estas personas fueron contactadas a partir de la primera entrevista en El Laboratorio, como antes mencioné.

En el cuadro que figura a continuación (Cuadro 3) detallo las personas donantes-pacientes entrevistadas consignando el modo de acceso a las mismas, el lugar en el que realicé en cada caso la entrevista –el lugar quedó siempre a elección de la persona entrevistada-, y los seudónimos⁴⁹ con los que son citadas.

⁴⁹ Utilizo seudónimos, no solo para respetar el anonimato, sino para mostrar que se trata de trayectorias singulares, pero a la vez ejemplares, que trascienden a la persona específica. También para recordar a quien lee que este texto, como cualquier etnografía, no pretende restituir la realidad, sino evocarla (Fonseca, 2010)

Cuadro 3: Entrevistas a donantes-receptores/as de gametos

Seudónimo	Forma en que se estableció el contacto	Se le entrevistó en calidad de...	Momento de la entrevista	Lugar de la entrevista
Jorge	A partir de la observación en la primera entrevista para ingresar al Programa de Donación de Semen.	Candidato a donación de semen. No hay datos de si continuó el proceso.	Luego de la primera entrevista con la especialista.	Mi trabajo
Camilo	A partir de la observación en la primera entrevista para ingresar al Programa de Donación de Semen.	Candidato a donación de semen. No continuó el proceso porque la muestra no contaba con la cantidad de espermatozoides requerida para la donación.	Luego de haber dejado la muestra de esperma para analizar	Mi trabajo
Marcelo	Datos de contacto facilitados por una de las técnicas	Donante de semen	Durante su período como donante	Mi casa
Carla	A partir de la observación en la primera entrevista para ingresar al Programa de Donación de Óvulos.	Candidata a donación de ovocitos.	Luego de la primera entrevista con la especialista. No quiso continuar el proceso.	Mi trabajo
Amalia	Datos de contacto facilitados por Carla.	Candidata a donación de ovocitos.	Luego de la primera entrevista con la especialista. No quiso continuar el proceso.	Su trabajo
Lourdes	A partir de la observación en la primera entrevista para ingresar al Programa de Donación de Óvulos.	Candidata a donación de ovocitos.	Luego de la primera entrevista en El Laboratorio.	En el consultorio de El Laboratorio.
Laura	A partir de la observación en la primera entrevista para ingresar al	Candidata a donación de ovocitos. No pudo continuar el proceso porque se embarazó.	Una vez culminada la entrevista con la especialista me invitó, en ese	La acompañé a la entrevista con la psicóloga, pero la especialista no me permitió entrar, y la

	Programa de Donación de Óvulos.		mismo momento, a transitar con ella todas las instancias de la donación.	acompañé a la entrevista con el ginecólogo, sin dar detalles de por qué estaba allí con ella. Tuvimos también varias charlas informales durante las esperas para las consultas y luego de las consultas en la parada del ómnibus y en el trayecto a la misma.
Aurora	Durante el trabajo de campo en el laboratorio <i>in vitro</i> B.	Donante de ovocitos (pura) en dos oportunidades.	Una semana después que le aspiraran los folículos.	Su trabajo.
Clara	Era mi alumna en un curso de la Universidad y se ofreció para que la entrevistara.	Donante de ovocitos (pura), en cinco oportunidades.	Había realizado su última donación unos meses antes.	Su casa.
Luana y Marcel	Durante el trabajo de campo en el laboratorio <i>in vitro</i> B.	Luana: donante (mixta) de ovocitos. Paciente de fecundación <i>in vitro</i> (FIV) por baja calidad de semen de Marcel.	Luego de la transferencia del embrión, antes del test de embarazo. Luego me contaron que fue negativo.	En un hotel en Montevideo, previamente a que retornaran a su casa en otro departamento.
Rocío y Marcos	Durante el trabajo de campo en el laboratorio <i>in vitro</i> B.	Rocío y Marcos: receptores de semen de donación. Marcos: azoospermático. Rocío: baja producción de ovocitos, un ovario ya no le funcionaba prácticamente. En el transcurrir de la entrevista me enteré que cuando se realizó la primera intervención <i>in vitro</i> , de la que nació su primera y única hija, ella también fue donante de ovocitos. Rocío: donante (mixta), hacía ocho años.	Luego de la transferencia del embrión, antes del test de embarazo. Luego me contaron que fue negativo.	Su casa, en una localidad rural fuera de Montevideo.
Erica	Obtuve sus datos de contacto a través de una amiga mía.	Receptora de óvulos debido a fallas tempranas en su ciclo de ovulación.	Esperaba que le asignaran una donante para realizarse la FIV. Me enteré luego	Mi trabajo

			que se embarazó y hoy tiene, junto a su pareja varón, una niña.	
--	--	--	---	--

Las entrevistas con personas donantes-receptoras siguieron una pauta en torno a cuatro grandes bloques:

1. El primero buscaba conocer cómo habían llegado a la donación y las razones para participar en ese procedimiento.
2. En segundo lugar, me interesaba saber cómo había sido su experiencia en el periplo de la «donación», cómo habían manejado en la práctica los requerimientos de la «donación», y si habían tenido algunos miedos o dudas durante este proceso.
3. El tercer núcleo se orientaba a conocer la opinión y manejo de estas personas de las condiciones que se plantean para la donación, por ejemplo, si les parecía adecuado que la «donación» fuera anónima y altruista.
4. En cuarto lugar, invitaba a las personas «donantes» o candidatas a ponerse en el lugar de las parejas o personas receptoras del material reproductivo, con preguntas tales como si aceptarían gametos de «donación» o si les gustaría poder elegir las características de su «donante».

La entrevista con quienes reciben material reproductivo también siguió una pauta en torno a grandes bloques temáticos,

1. En primer lugar, me interesaba conocer su periplo por la reproducción humana asistida, cómo llegan y por qué razones y en qué momento se plantea acudir a gametos de «donación».
2. El segundo bloque está destinado a rescatar las vivencias del proceso, a nivel del cuerpo, en la relación de pareja (que en todos los casos la hay) y en las relaciones con personas de su entorno social.
3. Por último, saber qué opinan del modo en que se procesa la «donación», el altruismo y el anonimato como vectores de este proceso.

Los casos de Luana y Marcel, y Rocío y Marcos, son situaciones que involucran ambos procesos, tanto «donación» como recepción de gametos. En el caso de Rocío y Marcos, yo no sabía esto cuando fui a entrevistarlos. Así comenzamos hablando de la intervención

actual, en la que habían utilizado semen de «donante» pero luego incorporar lo ocurrido ocho años antes, cuando, además de ser receptores de semen de «donación», Rocío había «donado» parte de sus ovocitos en un proceso de *donación en paralelo* con algunas particularidades que analizo más adelante.

En el caso de Luana y Marcel, ella «donó» parte de sus ovocitos por el procedimiento de «donación» en paralelo y no fueron receptores de semen de donación, pero esta posibilidad estuvo presente a lo largo de la entrevista porque llegaron a la ICSI⁵⁰ luego de considerar una intervención de baja complejidad con semen de «donación».

La hostilidad del contexto como un movimiento pendular

Considero que hubo una condición que particulariza esta investigación en tanto atraviesa, a modo de vaivén, diversos momentos en el campo y en la construcción de los vínculos interpersonales durante la labor etnográfica. Esta condición es la constante tensión entre la crítica y la fascinación con respecto a las biotecnologías reproductivas (Stolcke, 2001) y al espacio del laboratorio, con sus «(...) sorprendentes poderes» (Roca, en Dellacasa, 2014: 164).

La inmersión, paulatina, en la labor etnográfica me obligó a descentrarse de mis prenociones centradas únicamente en los aspectos que me resultan críticos, pero esto no sucedió sin cierto sentimiento de hipocresía, de sentir que no estaba siendo del todo franca con quienes interactuaba. Como señala Restrepo (2016), no se sale impune cuando lo que realizamos es una labor de investigación que nos implica tan ampliamente.

Mi fascinación, en tanto parte de la fascinación que despiertan estas biotecnologías, llevaba a que en general los y las profesionales con quienes interactuaba asumieran -sin consultarme directamente-, que yo era favorable a estas biotecnologías. No fue algo sobre lo que reparara al principio del trabajo de campo, sino que me percaté estando ya en las

⁵⁰ 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.

instancias de cierre, frente al ofrecimiento de una de las profesionales que trabaja en estos procedimientos para escribir un artículo, entre ambas, sobre las TRHA; ya había tenido un ofrecimiento similar por parte de otra de las especialistas, pero en su momento solo lo había anotado como algo «curioso».

Estas propuestas me llevaron a pensar, no solo qué sentidos le otorgaban estos profesionales a mi interés por el campo, sino a percatarme de algo que trasciende a mi persona y que Yanina Guthmann (2005), especialista en ética feminista advertía: la existencia de un discurso ampliamente aceptado tendente a legitimar los «avances» científicos, a pensar que las prácticas de reproducción humana asistida son inexorables y que no se debe trabar el desarrollo de éstas, así como de otros desarrollos en el área de las biotecnologías. Viniendo del ámbito de la ciencia, para estos profesionales era difícil que yo pudiera ser contraria a *la* ciencia.

Sin embargo, el consenso de parecer que se asumía nos unía, a los profesionales de la medicina reproductiva y a mi persona, se fue resquebrajando. Dos momentos en la labor etnográfica fueron para mi emergentes de esta ruptura.

Había culminado la primera instancia de entrevista a una persona-candidata a «donación» de ovocitos, que yo observaba de común acuerdo con la técnica que realizaba la entrevista y la persona-candidata a «donación», cuando la especialista me preguntó-sugirió por qué no le realizaba la entrevista en profundidad a la candidata en ese momento. Ella sabía, porque yo se lo había comentado, que prefería realizar la entrevista en una instancia posterior y fuera de la clínica. Proponerle a la candidata ser entrevistada allí y en ese momento era imponerle una actividad para la cual no había acudido y para lo cual no tenía demasiado margen de opción, en tanto la misma persona que la estaba evaluando como «donante» era la que le estaba proponiendo realizar dicha entrevista, aunque quien se la hiciera, materialmente, fuera yo.

Me sentí totalmente descolocada ante esta «sugerencia». Si bien podía interpretarse como una muestra de la mejor disposición para que yo pudiera concretar de manera eficaz la entrevista, sentí que lo que buscaba la especialista era imponerme un modo de hacer mi

trabajo. Mostrar su posición de privilegio en el campo de investigación. Como advierte Roca (en Dellacasa, 2014) cuando los sujetos con los que investigamos tienen convicción respecto de su saber y del prestigio que detentan «(...) la disputa por las interpretaciones y los sentidos está tensamente abierta desde el primer contacto» (Roca, en Dellacasa, 2014: 165).

En ese momento sentí que no tenía margen de decisión; no hacer la entrevista significaba quebrar la autoridad de la especialista en ese espacio. Rechazar el *don* (Mauss, 1979); quebrar una relación de reciprocidad que con esta especialista se me hacía particularmente difícil de mantener.⁵¹

Finalmente realicé la entrevista en el consultorio con la candidata y una amiga que la había acompañado a la consulta -la especialista se retiró-. Como era de prever el resultado fue penoso: respuestas monosilábicas a preguntas totalmente deshilvanadas. Treinta minutos de un intercambio improductivo para los fines de la investigación y sumamente violento en términos simbólicos (Bourdieu y Passeron, 2001).⁵² La situación generó en mí un profundo desasosiego y alejamiento de la especialista, porque sentí que no podía solicitarle más ayuda. Esto a su vez obturó mi posibilidad de acceso a «donantes» de ovocitos en el marco del Programa de Donación de Óvulos gestionado por El Laboratorio, porque ella era mi única puerta de entrada a las candidatas. Las siguientes entrevistas a «donantes» de ovocitos fueron posibles mediante otras vías de contacto.

El otro suceso ocurrió un poco antes del que acabo de relatar.

Como hacía siempre luego de cada instancia de observación de la entrevista que la especialista le realizaba a la persona que se candidateaba para la «donación» de óvulos o espermatozoides, una vez terminó la entrevista le pregunté a Laura -así llamaré a la candidata-, si

⁵¹ Entiendo que es significativo del carácter conflictivo de esta relación el hecho de que no me permitiera acceder al registro de «donantes» de ovocitos, cuando en la misma clínica pude acceder al registro de «donantes» de espermatozoides.

⁵² La violencia simbólica es un tipo de violencia que se ejerce con connivencia de la persona violentada, en tanto ésta es partícipe de las mismas estructuras de dominación que habilitan dicha violencia.

podía tomarle los datos para llamarla y concretar una entrevista, a lo que ella me respondió

- ¿Me vas a acompañar en todas las instancias?
- ¿Si a vos te parece?
- Sí, claro. Si es para ayudarte. (DdeC, 13-4-2016)

Su invitación me desconcertó, pero también me emocionó: iba a tener la oportunidad de transitar casi que de primera mano por todo el periplo de la donación.

Quedamos en contacto y ella me avisó el día y hora de su cita para la entrevista con la psicóloga. Arreglamos para encontrarnos en el consultorio a las 19:00. Llegué puntual, pero Laura no estaba, se había olvidado. Logró llegar a las 19:30, luego de correr desde su trabajo.

La psicóloga nos pidió que esperáramos unos minutos porque estaba con otra paciente y en ese momento aproveché para explicarle por qué estaba ahí: «No sé si te acordás, pero yo te entrevisté porque estoy haciendo una investigación sobre donación de óvulos y esperma. Laura me ofreció si quería acompañarla y recorrer con ella todo el periplo de la donación». No me respondió, solo que esperáramos. Pasamos y nos sentamos en un banquito al lado de la puerta. Mientras esperamos conversamos de trivialidades.

A los 20 minutos salió la psicóloga del consultorio e hizo pasar a Laura. Ella le dijo que yo también tenía que pasar, pero la especialista la tomó del brazo y le dijo «primero la paciente, así conversamos un poco solas». A los cinco minutos salieron del consultorio y la psicóloga nos explicó que, como nos habíamos demorado, no iba a tener el tiempo suficiente para hacer la consulta. Y agrega que, como Laura quería que yo estuviera presente en la instancia, ella prefería volver a agendar otra consulta, con ella o con una colega.

No le gustó el pedido de Laura y no le gustó que yo hubiera ido hasta ahí. Puedo entender que la resultara una sorpresa, incluso incómoda, pero su actitud contrastaba en todo con el modo en que me había recibido el día en que le hice la entrevista en su consultorio, cuando ¡incluso me invitó a escribir juntas un artículo!

Luego Laura me contó lo que le había dicho dentro del consultorio: que no podía ser que no le avisáramos, que ella no sabía si yo era la pareja o por qué estaba allí -yo había explicitado quien era-. Laura se enojó frente a la actitud de la psicóloga sobre todo porque no entendía por qué ella, que era la interesada, no podía elegir quien la acompañara.

Para Restrepo (2015) negativas de este tipo no deben llevarnos a renegociar los principios éticos que orientan la investigación; es preferible, dirá, no poder realizar una observación como la que me proponía que hacerlo de forma encubierta. Lo cierto es que en este caso siquiera tuve que lidiar con el dilema ético, porque la puerta que me había abierto Laura con tanta generosidad se cerró rápidamente: antes que hubiera agendado una nueva cita con la psicóloga me avisó que estaba embarazada, situación que la dejaba fuera del Programa de Ovodonación. Por las conversaciones informales que habíamos tenido con Laura, la noticia de su embarazo no me sorprendió porque ella, de formas sutiles, me había expresado su deseo de ser madre. Me alegré por ella, aunque para mí fue un golpe del que no me pude reponer fácilmente. No conseguía contactar «donantes» para entrevistar. Según me decían mis contactos en El Laboratorio, nadie se estaba candidateando a la «donación». Al mes pude concretar una instancia de observación en el Laboratorio *in vitro* A y luego, cuando llamé para volver a ir, me respondieron que llamara en unos meses porque en ese momento estaban con mucho trabajo. Concomitante con ello, empezó a llegarme de forma diaria a mi correo electrónico la noticia de que había personas accediendo a un artículo escrito por mí y disponible en Internet como parte de un repositorio de textos académicos,⁵³ en el cual menciono la intervención medicalizadora de los procedimientos de reproducción asistida sobre los cuerpos femeninos por sobre los masculinos, haciendo énfasis en las consecuencias que ello puede

⁵³ Viera Cherro, Mariana (2014) Los límites de la ciudadanía para las mujeres, Revista de Antropología Experimental n° 14. Texto 15: 207-224. Universidad de Jaén (España).

tener sobre la salud de las mujeres, no solo aquellas que se intervienen para concretar su deseo de filiación biológica, sino también las que lo hacen para «donar» ovocitos. En ese artículo pongo también en entredicho la autonomía de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos. Parece lógico suponer que los obstáculos que me comenzaron a presentar para continuar el trabajo de campo podían deberse a la ruptura del supuesto consenso inicial entre los especialistas y yo.

El proceso de negociación continua que exige la labor etnográfica y que rompe con la idea de que existe un momento inaugural de entrada al campo, basculó en esta etnografía en torno a la fascinación y la crítica; sobre ese movimiento pendular se construye esta investigación y la hostilidad del entorno... como un péndulo.

Los usos políticos del anonimato

El anonimato entre «donante» y receptor/a es una exigencia legal para la «donación» y recepción de material reproductivo en Uruguay a partir de la ley 19.167, pero también lo era antes de la legislación vigente porque hacía parte del consenso entre especialistas sobre «buenas prácticas». Aunado a este requisito, la ley prevé que las clínicas guarden un registro de «donantes» y receptores para que quienes hayan nacido en virtud de estos procedimientos una vez cumplan la mayoría de edad y en caso de que lo deseen, puedan conocer quién o quienes aportaron el material biológico para su concepción. La ley 19.167 reconoce así el interés superior del niño como criterio moral y legal para estos procedimientos.

No me interesa discutir aquí este aspecto de la legislación, sino analizar cómo el requisito legal del anonimato fue utilizado políticamente por algunas personas del campo para limitar mi acceso a información.

Desde una perspectiva sociolingüística, Gallego Dueñas (2013) distingue al anonimato y al secreto. El secreto sería un fenómeno comunicativo; no una cosa, sino una forma de relación social, que implica un proceso de establecimiento de límites entre quienes

conocen el secreto y quienes no lo conocen, y la producción de una plusvalía simbólica, porque guardar un secreto supone un esfuerzo al tiempo que la existencia misma del secreto produce el deseo de su conocimiento. El anonimato, por su parte, supone desconocer quien constituye el emisor de la relación comunicativa (Gallego Dueñas, 2013). Sin embargo, el uso político del anonimato lo convierte en secreto, permitiendo mantener por fuera del acceso al secreto, a la información, a quienes no tendrían derecho a saber (Gallego Dueñas, 2013).

Eso fue lo que ocurrió en el caso de uno de los especialistas que se encarga de evaluar candidatas a ovodonación. Al consultarle si me podía presentar «donantes» de ovocitos, luego de la entrevista que le realicé, me respondió que él no me iba a poner en contacto con las «donantes» porque eso era romper con el anonimato. Que si quería conseguir «donantes» lo hiciera por otras vías, pero que no iba a ser a través de él.

Sin embargo, existen otras personas que conocen a las «donantes» por diversos motivos vinculados al proceso de la «donación», desde quienes realizan parte del trabajo técnico (inyectables, ecografías...) hasta quienes las reciben en la recepción, pero cuyo conocimiento no parece poner en entredicho el principio del anonimato. Lo que hizo el técnico fue un uso político del anonimato con el fin de excluirme de la posibilidad de conocer. En El Laboratorio, por ejemplo, no hicieron este cuestionamiento y por ello me permitieron acceder a la primera entrevista con las personas candidatas a ingresar a los programas de «donación» de gametos que esta institución gestiona.

Pero el anonimato no solo se vuelve secreto con el fin de excluir a algunas personas del acceso a la información. El límite entre el anonimato, en tanto requisito técnico que obliga a quienes gestionan el material reproductivo a no develar a sus destinatarios la identidad de quien «dona» los gametos que reciben, y el secreto como ocultación del procedimiento en sí, es difusa y lleva a que personal técnico, «donantes» y receptores realicen esfuerzos desmedidos en el afán de ocultar, como pude observar durante el trabajo de campo, tanto en El Laboratorio como en los laboratorios *in vitro*.

Consentimiento informado, ética del compromiso y límites para la investigación

El consentimiento informado nace como requisito para la investigación biológica en seres humanos como forma de evitar intervenir médicamente a personas sin su beneplácito. Tiene antecedentes en el trabajo clínico y de investigación de médicos estadounidenses en los albores del siglo XX. Walter Reed redactó, junto a su equipo, algunos de los primeros consentimientos informados que se conocen en el contexto de una investigación sobre la fiebre amarilla en Cuba (Lederer, 2011; en Ariza, 2016b). El consentimiento informado fue establecido luego como uno de los 10 principios éticos en el Código de Nuremberg (1947), la mayor declaración en términos de ética de la investigación biomédica en respuesta a las atrocidades cometidas contra quienes estaban recluidos en los campos de concentración de la Alemania nazi y que habían sido convertidos en «material de experimentación» médico-biológica (Corrigan, 2003).

A diferencia de la investigación en ciencias como la biología o medicina, que intervienen directa y generalmente de forma unidireccional sobre los sujetos,⁵⁴ la investigación social supone una disposición de la persona para participar en la elaboración del conocimiento. Existe una gran distancia entre trabajar *en* personas y trabajar *con* personas (Ramos, 2004). La relación dialógica, que es la relación necesaria para generar conocimiento etnográfico, supone que la persona posee una cuota de poder que va más allá de la aceptación o negación a participar en el procedimiento y que pone en primer plano la relación de confianza, cuidado y respeto entre entrevistado/a y entrevistadora, la cual no está asegurada por un consentimiento firmado; el consentimiento informado es más una vía para cuidar a quien realiza la etnografía de futuras demandas por parte de las personas con las que establece relaciones en el campo, que una vía para cuidar a estas personas. Acuerdo con Lugones cuando señalaba⁵⁵ que la creciente solicitud del consentimiento informado en la labor etnográfica por parte de las instituciones de investigación del área social, no solo responde a la colonización de lógicas provenientes de la investigación no social en áreas de investigación social y humanas, sino que también enhebra con formas

⁵⁴ No minimizamos la incidencia que en la persona como sujeto integral pueda tener participar en un proceso de investigación social. Sin embargo, entendemos que esta incidencia es diferente por cuanto supone la participación activa del sujeto en la construcción del conocimiento.

⁵⁵ Seminario de Ética de la Investigación (Doctorado en Antropología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación - Universidad de la República, Uruguay). 19/10/2018.

de gubernamentalidad neoliberal. Se trata de la *lógica del contrato* como lógica que debe atravesar todas las relaciones sociales.

Como señala Restrepo (2015), el consentimiento informado no tiene relevancia ética para la investigación etnográfica, porque no responde a las particulares relaciones que se establecen en el campo. Restrepo (2015) propone que es el compromiso, como principio ético, el que debe guiar la investigación etnográfica. El compromiso como actitud ética supone escapar a la lógica extractivista en la investigación, al buscar extraer toda la información que las personas con quienes interactuamos nos puedan dar, incluso si para ello debemos conducirnos de formas engañosas. Pero, sobre todo, la ética del compromiso refiere a que quienes hacemos etnografía no seamos indiferentes a lo que sucede en el campo. En tanto investigo prácticas y representaciones que me interpelan como persona y como conciudadana de las personas con las que interactúo en el campo, entiendo que la investigación y sus resultados no son algo a lo que pueda estar ajena (Jimeno, 2004).

Más allá de que el compromiso tenga relevancia ética para la investigación y el consentimiento informado no, ninguno de ellos garantiza la posibilidad de acceso pleno al campo, aunque el consentimiento informado genere la ilusión de esta posibilidad. Esto resulta obvio para quienes desarrollamos trabajo de campo, debemos establecer relaciones de confianza, reciprocidad, empatía, y esto suele dificultarse cuando los puntos de vista de quien investiga confrontan a los de la población de estudio, y cuando el acceso al *campo* depende en gran medida de la buena disposición para con la investigación de quienes ocupan posiciones de poder en el *campo*.

CAPÍTULO III

REPRODUCCIÓN ASISTIDA, DEBATE SOCIAL y REGULACIÓN LEGAL

Evito mirar mi cuerpo, no tanto porque me sea algo vergonzoso o impúdico, sino porque no quiero verlo.
No quiero mirar algo que me determina de forma tan absoluta. (Atwood, 2017:102)

El debate y posterior aprobación de la Ley de Reproducción Humana Asistida (Ley N° 19.167) se realiza en un contexto de aprobación de una serie de leyes relevantes para los movimientos feminista y LGTTTIB⁵⁶, que dan cuenta, al tiempo que impulsan, transformaciones en las relaciones de género. Para estos avances fue políticamente clave posicionar la sexualidad y la reproducción como derechos humanos. Los conceptos de «derechos sexuales» y «derechos reproductivos» marcan así un cambio de paradigma -no sin tensiones-, con respecto a una comprensión y abordaje sanitarista y patriarcal de la sexualidad y la reproducción.

La necesidad de ampliar los derechos reproductivos fue también uno de los argumentos centrales en el proceso de elaboración y aprobación de la Ley 19.167.

En lo que sigue describo el ingreso de los derechos sexuales y reproductivos en la escena política en Uruguay, de la mano de un creciente y organizado movimiento feminista. Luego analizo los argumentos considerados en la discusión y aprobación de la Ley 19.167.

A diferencia de otras leyes del mismo período y tendentes a ampliar los derechos sexuales y reproductivos, la Ley 19.167 no tuvo en su proceso legislativo al feminismo como interlocutor.

⁵⁶ La sigla refiere a: lésbico, gay, transexual, transgénero, travesti, intersexual, bisexual.

Las organizaciones feministas estuvieron ausentes en el debate para la aprobación de la Ley 19.167, aunque habían participado en la discusión de proyectos previos que buscaron legislar sobre el acceso a la reproducción humana asistida y que finalmente no se aprobaron.

Sostengo que esta ausencia se debió a asumir que la ley 19.167 generaba mayores condiciones de igualdad para la sociedad uruguaya como resultado de la ampliación del acceso a derechos que han sido y son de gran relevancia política para el feminismo, pero sin cuestionar otras desigualdades que atraviesan la práctica de la reproducción humana asistida. Celebró el reconocimiento de la diversidad sexual a través de la posibilidad de una filiación homosexual por medios biotecnológicos, lo cual no es un cambio menor puesto que rompe con la heteronormatividad del parentesco, pero, al centrarse en la dimensión simbólica descuidó la dimensión económico política y la profundización de las jerarquías de clase que supone el procedimiento de ovodonación, también habilitado por la ley. Lo que quiero advertir es cómo esta manera de hacer política sigue reafirmando la separación entre las jerarquías sexuales y las jerarquías de clase, en lugar de verlas, como propone el feminismo materialista, mutuamente imbricadas.

La politización de la sexualidad y la reproducción

La sexualidad y la reproducción han tenido siempre un carácter político, pero su politización, en tanto instancia de emergencia de este carácter, ha cobrado especial fuerza a partir de su formulación como «derechos».

Si bien el término «derechos reproductivos» tiene un origen reciente, sus raíces políticas son más antiguas y se hunden en los movimientos feministas de control de la natalidad que se desarrollaron por lo menos a partir de la década de 1830 entre las socialistas inglesas y luego en otras partes del mundo a lo largo de un siglo (Chesler 1992; Gordon 1976; Huston 1992; Jayawardena 1993; Ramusack 1989; Weeks 1981; en Correa y Petchesky, 2001).

En Uruguay este paradigma de los derechos sexuales y reproductivos comienza a introducirse a fines de la década de 1980 y principios de 1990, en la formulación y puesta en práctica de los Programas de Salud a partir de la influencia de la Conferencia internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994) «(...) y de la incidencia sostenida de las organizaciones de mujeres que demandaron la incorporación de esta agenda a las políticas públicas de salud» (Abracinskas y López Gómez, 2006: 215). Si bien la demanda de derechos sexuales y reproductivos trascendía el ámbito sanitario, también es verdad que muchos de los derechos que se reclamaban dependían en gran medida para su satisfacción de una apropiada atención sanitaria.

La introducción del paradigma de derechos humanos no eliminó, sin embargo, al paradigma sanitarista presente en décadas previas, estando así ambos en constante tensión (Grabino, 2014). Pervivió, entre otros aspectos, la dimensión moralizadora y tutelar de la mujer en la promoción y satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos, dimensión especialmente evidente en algunos procedimientos previstos para la interrupción voluntaria del embarazo, en el marco de la ley 18.987, sancionada en octubre de 2012.⁵⁷

La concepción y tratamiento de la sexualidad y la reproducción como instancias sanitarias, forma parte de lo que ha sido definido como *medicalización*. El concepto de *medicalización* tiene varias acepciones (Zorzanielli et. Alt, 2014). En este trabajo se entiende como un proceso que supone una redefinición del campo de intervención de la medicina, extendiéndolo a instancias que antes no se consideraban médicas y habilitando en esa redefinición el control de procesos y relaciones sociales en este caso relativas a la sexualidad y la reproducción. En lo referido a las biotecnologías reproductivas, la medicalización de la imposibilidad de concebir se evidencia en la centralidad dada al concepto de infertilidad como enfermedad a la que la medicina reproductiva busca responder. Así se plasma en la ley 19.167 «Las técnicas de reproducción humana asistida

⁵⁷ Algunas de las críticas a la ley están resumidas en el artículo de Magnone y Viera Cherro (2012) «El proceso de abortar a partir de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo». Disponible en: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/32068/refererPageId/12> (Consultado: 10-4-2019)

podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad (...)» (Art. 2º, cap. I).

El historiador José Pedro Barrán (1995) va a ser quien describa algunas de las aristas del proceso de medicalización de la sexualidad y la reproducción en Uruguay, desde fines de la década de 1880 y durante la primera mitad del siglo XX. Barrán (1995) da cuenta de cómo el discurso médico de estas décadas puso el foco del control social en la sexualidad, convirtiendo así a la medicina en el ámbito de garantía de un nuevo orden sociosexual orientado a mantener las virtudes y salud de la «especie» -éste era el término que primaba en la época-. En nombre de la buena reproducción y salud de la población uruguaya, se ejecutaron intervenciones quirúrgicas para la anticoncepción definitiva en varones y mujeres, se exigió el carné de salubridad antes del casamiento (Barrán, 1995; Sapriza, 2002) de forma de dejar constancia de la inexistencia de enfermedades venéreas que se pudieran propagar en la descendencia o que la hicieran inviable o defectuosa y se clasificó en virtud de características somáticas a las personas en «buenas, dudosas, malas»: las que ocupaban esta última categoría estaban socialmente inhibidas de reproducirse.

Fue en observación de esta ideología, interpreta la historiadora Graciela Sapriza (1999), que se despenalizó el aborto durante un breve lapso temporal, de 1934 a 1938. La despenalización del aborto no obedeció así a la demanda feminista por *autonomía reproductiva*, sino a la ideología eugenésica que alentaba o inhibía la reproducción de ciertos grupos sociales.

Introducir el concepto de «derechos» para sacar a la sexualidad y la reproducción de los confinamientos del marco sanitario y evidenciarlas como esferas políticas, supuso colocar en el debate social y en la elaboración de las políticas públicas la preocupación por la persistente desigualdad de género en estas dimensiones de la vida social. Fue asimismo parte de una serie de transformaciones políticas más extensas, fundamentalmente la conformación de un movimiento nacional de mujeres en diálogo con un movimiento feminista internacional.

Una vez culminada la dictadura cívico-militar (1973-1984) en Uruguay, «La necesidad de reunirse y discutir temas “de mujeres” se expande por distintos sectores de la sociedad» (Rostagnol, 2018:195). Esto no significa que la política feminista no existiera antes, pero sí que la dictadura significó la ruptura de la trama social y política a partir del encarcelamiento, tortura y desaparición, exilio, destitución y que esto hizo que la resistencia política, y sobre todo la de las mujeres, pasara a centrarse en el hogar como «núcleo de resistencia» (Aguirre y Rostagnol, 1989; en Rostagnol, 2018) y que los temas de sexualidad y reproducción quedaran en segundo plano frente a otras urgencias.

A partir de mediados de los `80 y con los cambios en la institucionalidad política uruguaya, se fundaron el Plenario de Mujeres del Uruguay (PLEMU); el Grupo de Estudios sobre la Condición de la Mujer en el Uruguay (GRECMU) y Cotidiano Mujer. En la década siguiente la organización de las mujeres fue cobrando mayor visibilidad e institucionalizándose, para lo cual fue central la Agenda de Naciones Unidas para la Mujer, desarrollada durante la década de 1990. Esta agenda marcó un proceso de institucionalización de las organizaciones de mujeres y del feminismo (Sapriza, 2008: 67). La participación en las conferencias internacionales realizadas en el marco de esta agenda internacional y el seguimiento posterior de los compromisos asumidos en tales instancias dio fuerza centrípeta al movimiento y profundizó la dimensión regional y mundial de un movimiento que siempre se caracterizó por tener una impronta transnacional. De la mano de una agenda feminista nacional, regional e internacional, y de la institucionalización, a nivel del estado, de políticas dirigidas a proteger los derechos de las mujeres: «Al terminar el siglo XX, todos los países de la región cuentan con un mecanismo de gobierno destinado a formular y coordinar políticas públicas para las mujeres» (Sapriza, 2008: 74). En Uruguay esta institucionalidad está representada por el Instituto Nacional de las Mujeres, creado en 2005.⁵⁸

Según Rostagnol (2018) otro elemento central fue la demanda por la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo; la lucha en torno a la legalización del aborto permitió tener un frente de acción común para las mujeres, más allá de su heterogeneidad

⁵⁸ En su creación formaba parte del Ministerio de Educación y Cultura, pero no tenía capacidad de actuación puesto que no contaba con presupuesto autónomo. Actualmente integra el Ministerio de Desarrollo Social.

(Rostagnol, 2018). También en esta lucha se hace nuevamente visible la tensión entre una visión reduccionista, sanitarista, de los derechos sexuales y reproductivos, y una perspectiva política de estos derechos no subsumida a la atención de la salud. Esta tensión continúa hasta la aprobación de la actual ley de IVE, para cuya concreción resultó central el argumento de que era necesario legislar para evitar la muerte de mujeres por abortos practicados en condiciones de riesgo; el discurso de la *autonomía reproductiva* no tuvo recepción política.

Una década más tarde, en 1996, se funda Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU) con el objetivo explícito de trabajar en derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género y generaciones.⁵⁹ La agenda de MYSU está fuertemente centrada en la consecución de estos derechos en el ámbito de la salud.

En este ámbito, y en la misma década, comenzaron a instalarse servicios de prestación de métodos anticonceptivos, aunque con una línea política que aún pivoteaba entre el objetivo de reducción de la pobreza y de defensa de la salud sexual y reproductiva (Abracinskas y López Gómez, 2006) para finalmente en el año 2001 formularse y ejecutarse el Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM) que recogía las plataformas de las Conferencias de El Cairo en 1994 y de Beijing en 1995, buscando generar condiciones para la salud y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, considerando específicamente aquellos grupos en mayor situación de vulnerabilidad, como las mujeres migrantes, afrodescendientes, lesbianas, trabajadoras sexuales, en condiciones de discapacidad, presas (Abracinskas y López Gómez, 2006)

Entrado el siglo XXI, ingresan en la escena política otros movimientos sociosexuales, muchos de la diversidad⁶⁰ y nuevas organizaciones feministas, algunas de las cuales se integran en dos grandes bloques, la Coordinadora de Feminismos (UY) y la Intersocial

⁵⁹ Tomado de la página de MYSU: <http://www.mysu.org.uy/quienes-somos/presentacion/> (Consultada el 10-4-2019)

⁶⁰ Utru (Unión trans del Uruguay), Atru (Asociación Trans del Uruguay), Unión Trans, Colectivo trans del Uruguay, Trans boys, Transgénero Uruguay, Ovejas negras, Colonia Diversa, Disef Fray Bentos, Colectivo Diverso de Las Piedras, Coordinadora por la diversidad salto, Ovejas Flores, Riversidad, entre otros. Agradezco a mi colega y amiga Laura Recalde, que investiga en temas de diversidad sexual, haberme facilitado este listado.

Feminista,⁶¹ compuestos por organizaciones feministas y otras organizaciones políticas no necesariamente feministas.

También es en lo que va de este siglo que se votan una serie de leyes históricamente demandadas por los movimientos feministas y de la diversidad. Entre estas leyes se destacan la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, número 18.987, sancionada en 2012; la Ley de Matrimonio Igualitario, número 19.075, de 2013; la Ley 18.620 de Regulación del Derecho a la Identidad de Género, Cambio de Nombre y Sexo Registral, sancionada en 2009; y la Ley 19.580, Ley Integral de Violencia basada en Género, de 2018.⁶² Entre las leyes que avanzan en los derechos sexuales y reproductivos MYSU incluye la Ley de Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

En décadas más recientes, el discurso de los derechos humanos ha recibido críticas (Olsen 1984; Tushnet 1984 y Unger 1983; en Correa y Petchesky, 2001), algunas de ellas provenientes del feminismo. Estas críticas se dirigen a la indeterminación del discurso de derechos, que supone que los varones pueden, igual que las mujeres, realizar demandas en nombre de sus derechos y en un sentido contrario a las demandas de las mujeres. A esta crítica, Correa y Petchesky (2001) anteponen la igualdad y la diversidad como uno de los principios éticos que deben guiar la formulación y promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos: si dos personas no están en igual condición, porque una de ellas se encuentra en situación de vulnerabilidad, debe primar el principio de

⁶¹ La Coordinadora surge en 2014 luego del I Encuentro de Feminismos de Uruguay (8 y 9 de noviembre), y quienes participan lo hacen a título individual, no en representación de agrupaciones. Por ello no están listados los grupos que integran la Coordinadora. La Coordinadora se erige como un movimiento que busca “(...) hacer del feminismo un movimiento social activo“, menos institucionalizado y con presencia en las calles (Furtado y Grabino, 2018:19). Se reconocen integrantes de este movimiento personas que participan de agrupaciones feministas como Minervas, Desmadres y Decidoras.

La Intersectorial Feminista, por su parte, nuclea al feminismo más institucionalizado, junto con organizaciones sociales con un perfil social más amplio e incluso sectores de organizaciones sociales. Entre las organizaciones feministas que la componen están: Cotidiano Mujer, Mujeres de Negro Uruguay, Mujeres en el horno, Mujer Ahora, Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual. (Tomado de la página de Facebook de la Intersocial Feminista).

⁶² Otras leyes relevantes también para los derechos sexuales y reproductivos son: la Ley N° 17.514 contra la violencia doméstica y sexual (2002); Ley N° 17.515 sobre el Trabajo Sexual (2002); Ley N° 17.815 de Violencia Sexual comercial o no comercial cometida contra niños, niñas adolescentes o personas con discapacidad (2004); Ley N° 18.246 de Unión Concubinaría (2008); Ley N° 18.561 sobre Acoso Sexual en el ámbito laboral y educativo (2009) y Ley N° 19.161 de Subsidio por Maternidad y por Paternidad para Trabajadores de la Actividad Privada (2013).

diversidad. Esto significa, en lo que concierne por ejemplo al derecho al aborto, que se debe proteger a quienes están en situación de gestar frente a cualquier otro tipo de requerimiento que busque incidir en la consecución de ese derecho, aunque lo haga en nombre de un derecho reproductivo -por ejemplo, en nombre del «derecho a la paternidad».

Otras de las críticas en torno a la concepción de derechos sexuales y reproductivos es que el contenido y valor de los derechos no es universal, sino que debe considerarse siempre en relación al contexto político y social; y, por último, la abstracción y el individualismo asociados al lenguaje de los derechos, que desatienden las condiciones estructurales para el ejercicio de los derechos (Correa y Petchesky, 2001). Me interesa especialmente esta última crítica porque entiendo que es desde esta abstracción que no se ha logrado sopesar las consecuencias que sobre las relaciones de género -entendidas como explicaba en la introducción y en el Capítulo I, intrínsecamente económica-políticas-, tiene la ampliación del acceso a ovocitos de «donante» como parte de la ampliación del acceso a intervenciones biotecnológicas con objetivos reproductivos.

Frente al individualismo abstracto las feministas han buscado resituar los derechos «(...) dentro de un “universo referencial” más inclusivo» (Williams 1991; en Correa y Petchesky, 2001:5). Las autoras recurren a un ejemplo de lo que sucede en Brasil con el aumento de la esterilización femenina definitiva, la que alcanza tasas superiores al 64% en algunas regiones y es demandada mayormente por mujeres cuyo promedio de edad es menor a 25 años. Analizar la anticoncepción quirúrgica como un derecho reproductivo en diálogo con las condiciones estructurales implica sopesar la preferencia por esta técnica anticonceptiva en una estructura en la cual resulta difícil el acceso a otros métodos de anticoncepción, y en el contexto de normas «(...) culturales y religiosas que hacen a la esterilización menos “pecaminosa” que el aborto» (Correa 1993; Lopez 1993, y Petchesky 1979; en Correa y Petchesky, 2001:8).

Advierten Correa y Petchesky (2001) que estas críticas a la noción de derechos reproductivos, que las autoras valoran como teóricamente consistentes, hacen perder sin embargo lo que realmente importa del discurso de derechos: poder constituirse en una

herramienta política. «En la práctica, por lo tanto, el lenguaje de los derechos sigue siendo indispensable, pero requiere una redefinición radical» (Correa y Petchesky, 2001).

Necesitamos desarrollar marcos analíticos que respeten la integridad de las decisiones reproductivas y sexuales de las mujeres al margen de sus restricciones, que a la vez condenen las condiciones sociales, económicas y culturales que pueden obligar a las mujeres a “escoger” una vertiente en lugar de otra. (Correa y Petchesky, 2001:8)

Espero que cuestionar la apelación que en el debate y aprobación de la Ley 19.167 se ha hecho a los derechos reproductivos para habilitar la provisión de ovocitos, aporte en algo a este trabajo de redefinición.

La llegada de las TRHA a Uruguay y a la región

El ginecólogo Gerardo Bossano fue quien introdujo las biotecnologías reproductivas en Uruguay y fue quien fundó uno de los centros que hoy trabaja con estas biotecnologías: el Centro de Esterilidad Montevideo (CEM). El CEM comenzó su actividad en 1987 (CEM, 2002) logrando el primer nacimiento por fertilización *in vitro* en Uruguay: Carolina Varela nació el 20 de marzo de 1990, apenas cinco años más tarde que en Argentina se lograra el primer nacido vivo mediante esta técnica.

El sábado será algo especial: en Parque Rodó habrá casi 400 chicos de 1 a 16 años, todos ellos compartiendo algo muy particular, que celebrarán esa jornada. Nacieron bajo la técnica de fecundación “*in vitro*”, que justamente en estos días festeja su 20º aniversario en Uruguay. Los pioneros de este importante hito de la historia de la medicina en el país son los médicos que conforman el equipo multidisciplinario del Centro de Esterilidad Montevideo, liderado por el Dr. Gerardo Bossano. (...) La llegada al mundo de Carolina fue una fiesta para toda la familia Varela Durán y para el equipo del Centro de Esterilidad Montevideo, que obtuvo su primer caso exitoso luego de cuatro años de riguroso trabajo profesional. El médico Gerardo Bossano

hasta debió postergar su matrimonio, para estar atento al nacimiento de la primera niña in «vitro». (*El País*, 2007)⁶³

Frente a estos hitos, que magnifican las posibilidades que pueden brindar las biotecnologías reproductivas, se encuentran algunas cifras que evidencian sus límites.

Cuadro 4: Personas nacidas por procedimientos de TRHA en América Latina (1990-2012)

País	Nacidos vivos (1990-2012) (n)
Brasil	56674
Argentina	26085
México	17238
Chile	7227
Colombia	5697
Perú	5767
Venezuela	5212
Ecuador	1514
Uruguay	1385
Bolivia	467
Guatemala	369
Panamá	309
Nicaragua	125
República Dominicana	121
Costa Rica	15 ⁶⁴
Paraguay	12

Elaboración propia en base a datos de la RedLara.
http://redlara.com/PDF_RED/Situacao_atual_REDLARA_no_mundo.pdf
 (Acceso: 28/7/2017)

⁶³ «La pandilla in vitro». Nota del Diario El País. Disponible en: http://www.elpais.com.uy/Suple/DS/06/10/22/sds_243401.asp (Acceso: 27/1/2011)

⁶⁴ En Costa Rica están prohibidos los procedimientos in vitro.

Según los datos del informe de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (RedLara),⁶⁵ a partir del que se elaboró el cuadro 4, se alcanzó el éxito en el 27,49% de la totalidad de procedimientos realizados en esos años, en el subcontinente.⁶⁶

La cantidad de embarazos múltiples aparece como el principal problema en el marco de estos procedimientos. La Red Latinoamericana de Reproducción Asistida señalaba que América Latina tenía como gran desafío disminuir la tasa de multigestación, situada a comienzos del siglo XXI en el 30,2%. La cantidad de embriones a transferir y la regulación en el suministro de hormonas para estimular la ovulación en la mujer, aparecen como los aspectos más sensibles con miras a dicho objetivo. Un caso extremo, pero que justamente ilustra la experimentación en los procedimientos de hormonización a fines de la década de 1990, fue el de Ingrid, a quien entrevisté para mi investigación de maestría (Viera Cherro, 2015). Ingrid tuvo cuatrillizas en 1996 en el transcurso del tratamiento hormonal destinado a estimular la ovulación; no llegó a realizarse siquiera una inseminación. Se implantaron cinco embriones de los cuales prosperaron cuatro.

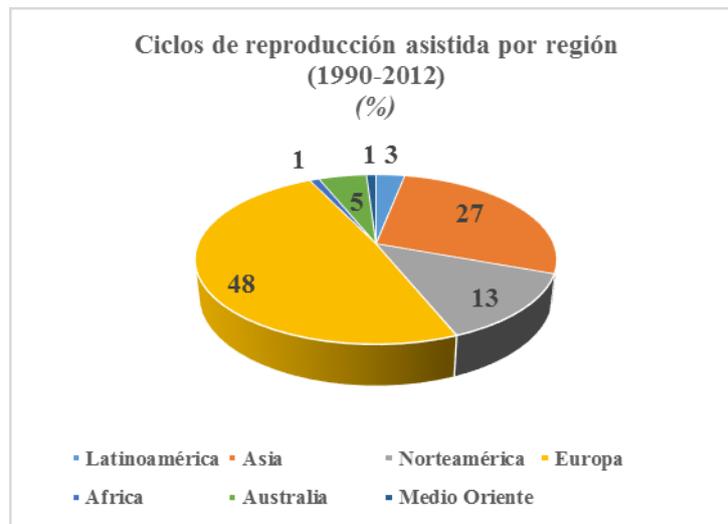
Como muestra el gráfico siguiente, mientras que en Latinoamérica se realiza un 1% de los ciclos de reproducción asistida a nivel mundial, Europa realiza el 48% de la totalidad de los procedimientos y Norteamérica el 13%. Considerando la incidencia de estas biotecnologías a nivel mundial, Japón aparece como el principal demandante, seguido de Estados Unidos y España. España es el país europeo con mayor número de ciclos de reproducción asistida, así como primero en provisión de ovocitos de «donación» (Rivas, Álvarez y Jociles, 2018).

⁶⁵ www.redlara.com

⁶⁶ http://redlara.com/PDF_RED/Situacao_atual_REDLARA_no_mundo.pdf (Acceso: 28/7/2017)

Debe considerarse que los números que maneja la RedLara no es representativo de la totalidad de la actuación de las clínicas, ya que éstas tienen la libertad de decidir si remiten o no la información.

Gráfico 1: Ciclos de reproducción asistida por región (1990-2012)



Elaboración propia en base a datos de la RedLara.
http://redlara.com/PDF_RED/Situacao_atual_RED/LARA_no_mundo.pdf
(Acceso: 28/7/2017)

La incidencia cuantitativa del fenómeno de la reproducción asistida en Uruguay, si lo comparamos con un país como España donde el número de clínicas es de 335 -el 75% privadas (Rivas, Álvarez y Jociles, 2018)-, más allá de las diferencias sustantivas de población de ambos países (España tiene aproximadamente 50 millones de habitantes mientras en Uruguay somos 3 millones) resulta irrelevante. Por tanto, no es el peso cuantitativo de la reproducción asistida en Uruguay el que justifica nuestro interés por investigar sobre esta práctica, sino los aspectos socioculturales, económicos y políticos de los que la misma nos informa. Como advertía en el capítulo metodológico y siguiendo a Geertz (1997), no se trata de estudiar la aldea, sino *en* la aldea.

El proceso de regulación de la reproducción asistida en Uruguay y la identificación del *punto ciego* en la crítica feminista

Con el advenimiento de los procedimientos de reproducción biotecnológicos, comienza la preocupación por su regulación legal; en ausencia de ley el proceder de las clínicas

quedaba bajo la supervisión de instituciones de reproducción asistida de referencia internacional que realizaban auditorías a solicitud de las clínicas uruguayas.

En 1991 y en 2003 se elaboraron dos proyectos de ley con el objetivo de regular la práctica de la medicina reproductiva. El de 1991, redactado por los legisladores Cassina y Batalla, no llegó a discutirse en las Cámaras. El de 2003 fue elaborado por el Dr. Alberto Cid y se presentó para la consideración del Poder Legislativo recién en la legislatura siguiente, en el año 2008. En esa oportunidad tuvo aprobación en la Cámara de Senadores, pero no obtuvo los votos de Diputados (Viera Cherro, 2015). Este último proyecto recogía la preocupación por la multigestación resultante de tratamientos de reproducción humana asistida, habilitando la implantación de un máximo de tres embriones. También habilitaba la crio-preservación de embriones, técnica que permite en cierto sentido lidiar con la incertidumbre del éxito de los procedimientos. Al tener embriones crio-preservados una pareja o mujer puede realizar uno o más intentos para alcanzar el embarazo pudiendo obviar las instancias de producción y recuperación de gametos, así como su fertilización extracorpórea (*in vitro*). Para quienes trabajan en reproducción *in vitro*, generar más material biológico del que efectivamente se utiliza resulta esencial; me detendré sobre este aspecto en los próximos capítulos.

El texto elaborado por Cid no habilitaba la utilización de óvulos «de donación», pero sí la de semen, aunque sólo en parejas heterosexuales «estables» (Artículo 6°), en las cuales el varón fuera impotente, tuviera infertilidad extrema o azoospermia (Viera Cherro, 2015). El escenario, en términos de relaciones de género que planteaba este proyecto, implicaba un reforzamiento de la norma heterosexual para el parentesco.

Diana Mines (2002), en una publicación editada por la organización feminista Cotidiano Mujer, expresó su punto de vista con respecto a las limitaciones que desde la legislación se buscaba imponer a la utilización de estas biotecnologías por parte de parejas de mujeres lesbianas o mujeres sin pareja,

El caso particular del proyecto de ley sobre reproducción asistida constituye un ejemplo muy interesante del rol controlador que la ciencia

heredó de la religión, cuando el carácter pecaminoso de la sexualidad no reproductiva dió paso en el siglo XIX a su caracterización como patología. El autor del proyecto, el Dr. Alberto Cid, un médico, presidente de su sindicato por varios años, restringe duramente la aplicación de una técnica que, como todos los avances científicos debería beneficiar a todas las personas, condicionándola al cumplimiento de requisitos netamente morales: es para parejas heterosexuales y estériles. (Mines, 2002)

También se subrayaba las desigualdades socio económicas para el acceso a estas biotecnologías (Abracinskas, 1998), el porcentaje mínimo de población al cual se orientaba la legislación en cuestión y se hacía notar, con cierta desconfianza, que era la primera vez que el estado uruguayo legislaba en asuntos de población (Filgueira, en Dos Santos, 1997),

(...) las mujeres somos cuidadosas cuando el Estado interviene en este tipo de cuestiones, porque suele ocurrir que los intereses de otra índole, estratégicos o políticos, se sobrepongan a los intereses de las mujeres en materia de su capacidad reproductiva.

En el mismo artículo (dos Santos, 1997), se subrayaba la necesidad de pensar esta regulación en diálogo con otras prácticas relativas a los derechos sexuales y reproductivos, entre ellas la educación sexual, el control de la natalidad⁶⁷ y el aborto. Es decir que se demandaba al estado, en el contexto de este interés por los derechos reproductivos o por establecer políticas de población, el acceso a otros derechos reproductivos: fundamentalmente el aborto y el reconocimiento de las mujeres solteras o las parejas homosexuales a formar una familia.

Buscando colocar a la regulación sobre TRHA como una instancia más en un proceso más amplio centrado en los derechos reproductivos, algunas militantes feministas

⁶⁷ Mientras que para las feministas de la década de 1990, aborto, anticoncepción, educación sexual y reproducción asistida debían abordarse como parte de una misma política orientada por el paradigma de los derechos reproductivos, en décadas previas se presentó un proyecto de ley que buscaba subvencionar el acceso a las TRHA a partir de un impuesto a la anticoncepción (Grabino, 2015), configurando así un escenario en el cual la economía política de la reproducción debía ser sostenida por quienes decidían no reproducirse.

denunciaron que el sistema político uruguayo promovía prácticas que resultaban contradictorias.

(...) las señoras que concurren a estos centros de fertilidad asistida, tienen asegurada una descendencia sana. Si ellas gustan, podrán optar por tener un niño con problemas de malformación pero, si no quieren, hay un artículo que establece la posibilidad de intervenir en los preembriones y en otros casos se desaconseja su implantación para la procreación. (...) Esto nos parece muy correcto, pero pensamos en las restantes mujeres que no tienen forma de acceder a esas garantías. (Graciela Dufau, en Dos Santos, 1997)

Esas otras mujeres eran aquellas que querían abortar porque existían condiciones de malformación en el feto que lo hacían incompatible con la vida extrauterina o porque no querían un hijo o hija con algún tipo de enfermedad, pero no contaban con una ley que las amparara en su decisión; las feministas demandaban, a partir de la discusión en torno a las TRHA y las posibilidades que las mismas brindan, posibilidades dependientes de condiciones socioeconómicas, el acceso al aborto voluntario con independencia de tales condiciones.

Como señalé al comienzo de este capítulo, el movimiento feminista estuvo prácticamente ausente durante el debate de la actual ley 19.167. Solamente MYSU, a través de su directora, Lilián Abracinskas, solicitó que no se incluyera nada sobre gestación subrogada en la ley, según dijo la senadora de izquierda Constanza Moreira durante la discusión del Proyecto en la Cámara Alta. Este pedido evidentemente no fue de recibo puesto que la Ley habilita la gestación subrogada bajo las condiciones detalladas en su capítulo IV.

La ausencia de una interpelación del feminismo a la ley puede entenderse como parte de una reticencia que en general el feminismo latinoamericano ha tenido para responder a las biotecnologías reproductivas (Barrancos, 2015).

Dora Barrancos (2015) refiere a la existencia de dos razones principales para esta reticencia. Por una parte, el hecho de que mientras el feminismo cuestionó históricamente

la maternidad como destino, estas biotecnologías prometen «(...) la maternidad sorteando cualquier obstáculo» (Barrancos, 2015:174).

La segunda razón que Barrancos (2015) plantea, y que entiendo que puede resultar explicativa en el contexto uruguayo considerando las respuestas que desde el feminismo recibió el primer proyecto de ley (Cid) que no permitía el acceso a las TRHA a parejas de lesbianas o mujeres sin pareja, a diferencia del silencio con respecto al segundo, que sí habilita este acceso, puede radicar en el hecho de no querer pronunciarse en lo que podría ser leído como una posición contraria al reconocimiento de una igualdad de género y diversidad sexual para la materialización del deseo de descendencia.

Al habilitar la ley 19.167 el acceso a las TRHA mediante copago estatal a mujeres sin pareja y a parejas de lesbianas, y a quienes están en condiciones socioeconómicas desventajosas se consigue lo que el movimiento feminista uruguayo había demandado a los proyectos previos de regulación del acceso a las TRHA. Al estarse dando respuesta a las desigualdades económicas para el acceso a los derechos reproductivos y al ampliarse las posibilidades de decidir sobre la vida reproductiva, el acceso a las TRHA se vuelve «lo mismo que el derecho al aborto, pero al revés».

Esta frase que me repitieron feministas con respecto a la reproducción humana asistida en diversas ocasiones, y con la que no estoy en absoluto de acuerdo, me permitió volver, de forma insistente, sobre la relación entre los derechos reproductivos, el feminismo y la reproducción biotecnológica. A preguntarme por qué el feminismo uruguayo no había por lo menos puesto en discusión la posibilidad de obtener ovocitos de «donación» en el marco de los procedimientos biotecnológicos con objetivos reproductivos, considerando que este procedimiento interpela la soberanía sobre el cuerpo (Barrancos, 2015) y las condiciones estructurales para el ejercicio de derechos, elementos sustantivos en una aproximación feminista a los derechos reproductivos. *¿En qué condiciones sociales están las mujeres proveedoras de ovocitos?, ¿son las mismas condiciones que las de las mujeres que reciben estos ovocitos para realizar su derecho a la reproducción?*

«Lo mismo que el derecho al aborto, pero al revés», alude al abatimiento de las barreras económicas para el acceso de intervenciones médicas: en el caso del aborto, a la interrupción voluntaria del embarazo; en el caso de las biotecnologías reproductivas, a los procedimientos biotecnológicos que permitan la producción de una descendencia «biológicamente vinculada» (Diniz y Gómez Costa, 2006). También refiere a generar condiciones para el derecho a la maternidad: mientras la legalización del aborto voluntario respeta la voluntad de la gestante de no continuar una concepción, las TRHA permitirían concretar el derecho a la maternidad en mujeres que por diversas condiciones no pueden concebir sin la ayuda de estas biotecnologías. Sin embargo, deja sin problematizar, al no preguntarse por las condiciones estructurales para el acceso a las TRHA, la interdependencia existente entre las personas, las relaciones de poder en esta interdependencia y las condiciones de vulnerabilidad diferencialmente distribuidas (Butler, 2006). Entiendo que interpelar desde el paradigma de la vulnerabilidad instancias legalmente habilitadas, como «la objeción de conciencia»⁶⁸ para el personal técnico que no quiera intervenir en procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo o la provisión de ovocitos para intervenciones biotecnológicas con objetivos reproductivos, permitiría brindar una nueva y más profunda perspectiva al análisis de las relaciones entre género y derechos.

Ley 19.167

En noviembre de 2013 se aprueba la ley 19.167,⁶⁹ luego del debate en la Cámara de Senadores que llevó a una aprobación general del texto por unanimidad y a una aprobación, aunque desglosados y sin unanimidad, de los artículos 25 al 28, referidos a la gestación subrogada; del artículo 2, referido al alcance de la ley; y del artículo 17, que trata sobre la conservación de embriones y gametos. Este último artículo fue el que tuvo

⁶⁸ La Ley N° 18.987 de Interrupción voluntaria del embarazo (2012) prevé en su artículo 11 el recurso a la objeción de conciencia «Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3° y el artículo 6° de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen». Para una profundización de los aspectos éticos, de justicia y de derechos vinculados a la objeción de ciencia ver Cotidiano Mujer (2014).

⁶⁹ Para el análisis tomo el Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores del 9 de octubre de 2013. (n| 246, Tomo 514). Disponible en: www.parlamento.gub.uy. El texto completo de la ley se incluye en los anexos.

menos votos afirmativos (24 en 39). El aspecto más debatido del artículo 2, por su parte, fue la disponibilidad de estas técnicas para mujeres sin pareja.

La iniciativa que dio lugar al actual texto legal surgió en 2011, de parte del diputado blanco -partido tradicional de derecha-, Luis Lacalle Pou, quien expresó en diversas ocasiones que su interés en que las parejas de bajos recursos pudieran acceder a las tecnologías reproductivas partía de su propia experiencia como padre de mellizos concebidos mediante un procedimiento *in vitro*.

También hubo una organización que militó activamente para la aprobación de la Ley: la Asociación Civil Uruguay Procrea, que se entrevistó en varias ocasiones con Lacalle Pou y que envió asimismo una solicitud al Parlamento, en setiembre de 2014,⁷⁰ para que no se demorara la reglamentación de la ley ya aprobada. Los decretos reglamentarios se aprobaron finalmente en octubre de 2014 (Decreto 311/014) y noviembre de 2015 (Decreto 84/015).

El texto de la ley aprobada en 2013 fue finalmente co-redactado por Lacalle Pou, legislador y abogado, y el senador colorado -partido tradicional de derecha- y médico Alfredo Solari.

En el cuadro que sigue se muestra algunos de los acuerdos plasmados en la normativa uruguaya actual que a nivel internacional son fuente de mayor controversia; para el análisis me detendré en tres de ellos, en la «donación» de óvulos, la elegibilidad y la gestación de sustitución, por cuanto son los aspectos que atañen más directamente a las relaciones de género.

⁷⁰ <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/122246>

Cuadro 5: Resoluciones de la Ley 19.167 sobre los procedimientos más controversiales de la reproducción humana asistida

Ley 19.167	
Destino de los embriones	Permite crio-preservación. Prohíbe la investigación o experimentación científica con embriones generados para desarrollar embarazos.
Determinación de la filiación	Social. En el caso de existencia de donación de gametos, la identidad del donante «(...) será revelada previa resolución judicial cuando el nacido o sus descendientes así lo soliciten al Juez competente (...)» (Art. 21, Capítulo III)
Donación de óvulos	Autoriza. Debe ser anónima y altruista
Elegibilidad	Parejas heterosexuales, parejas homosexuales de mujeres, mujeres sin pareja.
Gestación de sustitución	Prohíbe salvo en aquellos casos en que la mujer acuerde con un familiar suyo o de su pareja en segundo grado de consanguinidad para que geste, de forma gratuita, el <i>embrión propio</i> «(...) aquel que es formado como mínimo por un gameto de la pareja o en el caso de la mujer sola por su óvulo» (Art. 25, Capítulo IV)
Número máximo de embriones que permite transferir	2 por ciclo, hasta tres ciclos. En casos especialmente justificados, se permite transferir hasta 3 embriones.
Reducción embrionaria	No menciona

Elaboración propia en base a los ejes conceptuales manejados por Diniz (2003)

La Ley 19.167 y el derecho a la salud, a la reproducción y al goce de los beneficios del avance tecnológico

La ley 19.167 se propone como objetivo fundamental, según expresa el miembro informante de la Comisión de Salud del Parlamento frente al Senado, el senador y médico de izquierda Gallo Imperiale, regular una práctica que se realiza en Uruguay hace más de 20 años, buscando hacerla accesible de forma universal para paliar un problema de inequidad social, en el marco de una política del Estado centrada en garantizar de forma cada vez más amplia los derechos sexuales y reproductivos de la población, y también como forma de atender al estancamiento y desaceleración del crecimiento demográfico. La senadora también de izquierda, Constanza Moreira, refrendaba el objetivo de la equidad económica al que apunta la ley,

(...) el proyecto de ley supone una ampliación de derechos de «clase» –entre comillas–, puesto que busca proteger a aquellas personas que no tienen las condiciones de hacerse el tratamiento porque no cuentan con

recursos económicos o porque no consiguen acceder a los recursos públicos que ya existen. (Constanza Moreira, 2013)

La atención a los derechos reproductivos, al derecho a la salud y al goce de los beneficios del desarrollo tecnocientífico se instalan como aspectos clave en el discurso orientado a la aprobación de la Ley, junto con una preocupación por la baja tasa de natalidad en el país, preocupación que aparece una y otra vez en el tratamiento de leyes que tocan aspectos reproductivos, como advierte Grabino (2014) en su análisis de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18.426) ⁷¹.

Decía Gallo Imperiale en la apertura del debate en la Cámara de Senadores,

Nuestro país en el marco de la transición demográfica que está completando, viene sufriendo un perfil de envejecimiento en su población, y entre los variados motivos que la determinan, se encuentra la caída de la tasa de fecundidad. Actualmente dicho descenso la ubica en 1.9 hijos por mujer, menor al 2.1 considerado como mínimo para el reemplazo intergeneracional. Esta baja es debida entre otros motivos al control voluntario de la fecundidad a través de las prácticas anticonceptivas, alta en sectores de mayor educación y mayor ingreso, así como también a la decisión de las mujeres de postergar su primer embarazo a edades más tardías por razones socioeconómicas y por lo tanto aumentando las posibilidades de infertilidad.

El descenso de la baja tasa de fecundidad, resultante de un comportamiento reproductivo que asemeja a nuestro país al de los países europeos, comienza en Uruguay en los albores del siglo XX y es acompañada por la preocupación de los gobiernos de turno. Para combatir el flagelo en 1912 el entonces el presidente Batlle y Ordoñez promovía la fecundidad, incluso entre las mujeres solteras y contra las costumbres morales de la época (Barrán, 2008; en Grabino, 2014).

⁷¹ Esta ley fue aprobada en 2008 con el veto del entonces Presidente, Tabaré Vázquez, y de la entonces ministra de Salud Pública, María Julia Muñoz, a los capítulos que legalizaban la interrupción voluntaria del embarazo.

Desde 2003 la tasa global de fecundidad en Uruguay está por debajo de los valores de reemplazo (menos de 2,1 hijos por mujer), y continúa descendiendo (Calvo, 2014).

Este comportamiento reproductivo, sin embargo, no es homogéneo para todos los estratos sociales. Las mujeres con mayor nivel educativo, un dato indicativo de la pertenencia socioeconómica, son las que tienen menos hijos: 86,9% de las mujeres de nivel educativo bajo, tuvieron al menos un hijo, mientras que esta cifra desciende a 72,% entre las mujeres de nivel educativo medio y 41,3% entre las de nivel educativo alto. El promedio de hijos por mujer según los diferentes niveles educativos también varía, siendo un promedio de 2,9 hijos entre las mujeres de bajo nivel educativo, y de 1,57 entre las de alto nivel educativo (UNFPA, 2017); la fecundidad entre mujeres de bajo nivel educativo prácticamente duplica a la de alto nivel educativo y está 0,8 por encima del valor de reemplazo, mientras que entre las mujeres de alto nivel educativo está por debajo de este nivel.

Además de tener menos hijos, las mujeres de mayor nivel educativo tienen sus hijos o buscan un embarazo a edades en promedio más avanzadas. Eso hace que las mujeres con alto nivel educativo y en pareja heterosexual que acuden a las TRHA lo hagan en general por dificultades para la concepción devenidas de una disminución de la ovulación. Una de las especialistas en reproducción asistida en una nota de prensa (*El País*, 2018), advertía que el mayor porcentaje «(...) del éxito o fracaso de una fertilización depende del óvulo y no tanto del espermatozoide» por eso «La causa de este incremento [de las consultas por TRHA] se debe fundamentalmente a la búsqueda cada vez más tardía del embarazo».

El trabajo de campo sobre TRHA que inicié en 2011 me permite afirmar que las razones por las cuales se acude a la reproducción humana asistida son diversas. Hay mujeres con alto nivel educativo que recurren a las TRHA para tener un hijo sin pareja y con semen de «donante», otras porque están en pareja con otra mujer y necesitan también gameto de «donación», mientras las que tienen menor nivel educativo y están en pareja heterosexual recurren usualmente a las TRHA más tempranamente y por motivos no necesariamente

vinculados a su capacidad ovulatoria: problemas con el semen de la pareja, endometriosis o problemas en las Trompas.

Estas últimas son en general mujeres que pertenecen a estratos socioeconómicos pobres o empobrecidos y que, al acudir a las TRHA por razones que no están vinculadas a su capacidad ovulatoria, están en condiciones médicas -pero no solo-⁷² de proveer ovocitos. Estas diferencias entre las razones por las cuales las mujeres acuden a las TRHA y el estrato socioeconómico al que pertenecen resulta central para problematizar la disposición a la provisión de ovocitos en diálogo con las desigualdades estructurales, el *punto ciego* -al que antes refería- de la lectura feminista a la ley 19.167.

También es central para considerar qué estructura social se está buscando reproducir (Todaro, 2004). Decíamos antes que el «problema de la baja natalidad» no existe como tal para todos los estratos sociales, por lo cual la preocupación por la baja tasa de natalidad, a la que Gallo Imperiale alude en su discurso, es una preocupación por la baja natalidad entre determinados grupos sociales, una preocupación por la composición social de la población que impacta de un modo específico y no deseado en la tasa global de fecundidad. Prueba de ello es que, concomitante con la ley 19.167, para cuya aprobación fue central el argumento de la necesidad de atender un «problema demográfico», en el país se amplió el acceso a tecnología anticonceptiva a partir de la provisión en policlínicas dependientes del estado y en hospitales públicos el implante subdérmico.

Cuando hago mención a esta política, lo hago para llamar la atención sobre lo que aparece en principio como una contradicción y que fundamentalmente pone en cuestión el argumento de la necesidad de buscar mecanismo de reproducción en una sociedad con baja tasa de natalidad como es la uruguayana. Esto no implica desconsiderar, en lo hace a una mirada compleja a las políticas de anticoncepción, que la posibilidad de acceso gratuito a un método anticonceptivo hace parte de la ampliación de derechos reproductivos, y así lo presentó el Ministerio de Salud Pública.⁷³ Si consideramos lo que

⁷² Recordemos que la reproducción no solo atañe a la procreación sino a la reproducción de las condiciones socialmente deseables.

⁷³ Librillo “Las mujeres tenemos derechos”. Disponible en: <http://e.issuu.com/embed.html#35509078/68089659> (Acceso: 23-5-2019)

Correa y Petchesky (2001) definen como una ética de la igualdad y la diferencia, que obliga a desarrollar una política que considere las desigualdades de base para alcanzar mayores condiciones de igualdad, en una sociedad en la que las consecuencias de la reproducción recaen aun mayoritariamente sobre las mujeres, la implementación de una política de este orden busca en principio encaminarnos a una mayor equidad de género.

El acceso a semen «de donación», la ampliación del concepto de familia y la re-naturalización del cuerpo femenino como cuerpo fecundo

Uno de los puntos más controversiales del proyecto, fue la posibilidad de acceder a espermatozoides «de donación» para construir relaciones de filiación fuera del paradigma heteronormativo de la sexualidad y la reproducción. La posibilidad de acceso a las TRHA para parejas de lesbianas y mujeres sin pareja coloca a Uruguay como un país de vanguardia en el concierto internacional, donde estas parejas o mujeres tienen vedado el acceso a estas intervenciones.⁷⁴

Mientras que el senador Carlos Moreira, representante del Partido Nacional -partido tradicional de derecha-, señalaba que su partido no estaba de acuerdo con habilitar este tipo de procedimientos para parejas homosexuales en tanto considera que una pareja homosexual no es un buen contexto para que un niño o niña tenga un buen desarrollo psicofísico, «Entendemos que el ámbito ideal es el de las parejas de distinto sexo, que

⁷⁴ Este es el caso de Francia, Italia, Suiza y Alemania, donde el acceso a las TRHA es solo para parejas heterosexuales casadas o con una vida en común de por lo menos dos años. Las parejas homosexuales francesas que buscan una reproducción por intermedio de las biotecnologías reproductivas recurren usualmente a Bélgica, debido a la cercanía geográfica y la posibilidad de hablar en francés con el personal médico, y porque la donación de gametos es anónima (Chasles, 2010). Bélgica, España y los Países Bajos, tienen una legislación «más liberal», que habilita el acceso a las TRHA a parejas no heterosexuales y mujeres sin pareja, aunque no sin reticencias. En un artículo sobre maternidades lesbianas, Mercé Falguera (2018) recupera la frase de la ministra de Sanidad en España en 2013, Ana Mato, para mostrar la resistencia que esta asignación tiene en su país: «La falta de varón no es un problema médico», advertía la representante del ministerio público. En Argentina, la Ley de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico-Asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida, de 2013, cubre el acceso a todas las personas mayores de edad que lo requieran, sin distinción de orientación sexual ni estado civil o conyugal; tales consideraciones son extensibles al acceso y el uso de gametos donados. En Brasil, no existe una ley sino reglamentaciones del Consejo Federal de Medicina. Desde la primera reglamentación, de 1994, está habilitado el acceso a mujeres solas y desde 2013 y 2015 a parejas homosexuales. Agradezco a mis colegas Lucía Ariza y Leila Vecslir de Argentina y Naara Luna de Brasil, por brindarme esta información.

tengan estabilidad», la senadora de izquierda Constancia Moreira apelaba a ampliar el concepto de familia:

se puede entender que este proyecto de ley mejora el concepto de familia, pero, reitero, solo a condición de que este concepto incluya a todos estos nuevos arreglos familiares y no se siga teniendo aquella visión estrecha de familia integrada por padre, madre e hijo biológico.

El senador Gallo Imperiale, por su parte, incluye otra consideración en el debate sobre si debe permitirse el acceso a semen de «donación» para parejas de lesbianas o mujeres sin pareja. En su argumento el senador advierte que no resulta equiparable atender a la reproducción biotecnológica de la pareja homosexual masculina con atender a los requerimientos filiatorios de una pareja homosexual femenina. Su argumento se fundamenta en una asociación explícita entre la fecundidad y el cuerpo biológico femenino. En el caso de la pareja homosexual, «una de sus integrantes puede tener infertilidad y, por esa razón, adquirir el derecho. Pero en el caso de la pareja homosexual masculina eso no es así, por la propia definición de infertilidad».

¿Cuál es la definición de infertilidad a la que el senador refiere?

Interpretamos que habla de la fertilidad como una condición biológica ligada a un cuerpo femenino en tanto cuerpo fecundo. Sin embargo, la fertilidad es una condición social, construida en un marco de condiciones y procedimientos. Señalábamos en el capítulo I que la diferencia entre *infertilidad involuntaria* y *voluntaria*, trabajada por Diniz y Gomez Costa (2006) busca poner una distancia entre las condiciones biológicas para la procreación y las relaciones sociales que dialogan con ésta.

Esta idea de la fertilidad como algo ligado al cuerpo femenino ha estado ampliamente extendida y ha sido una dificultad central para comprender al cuerpo masculino como cuerpo fértil (Grabino, 2014), con la consecuente dificultad de implementar políticas de anticoncepción dirigidas al varón y de que el varón pueda sentirse sujeto partícipe de la

reproducción y con responsabilidad en estos procesos. El campo de la anticoncepción ha sido, y es, un campo históricamente feminizado (Oudshroom, 2003).

El filósofo y activista trans argentino, Blas Radi⁷⁵, ha hecho notar, en sentido similar, cómo esta asociación entre identidad femenina y cuerpo reproductivo impacta, en términos políticos, en la dificultad de acceso de los trans masculinos a los derechos reproductivos y específicamente, ser incluidos en los debates sobre legalización del aborto.⁷⁶

Saldar el debate sobre la habilitación legal o no de la subrogación de útero con argumentos biologicistas es asimismo una forma de clausurar la politización de la subrogación de útero en tanto herramienta biotecnológica que evidencia las condiciones de desigualdad en las que varones y mujeres se implican en el campo de la reproducción biotecnológica, las que deberían ponerse en diálogo con el acceso a las TRHA en tanto derecho reproductivo.

Al argumento de Gallo Imperiale, que defendió el acceso de las parejas de lesbianas o heterosexuales a una gestación subrogada, siempre que se sigan las condiciones señaladas en el proyecto de ley fundamentando su apoyo en la existencia de un «cuerpo fértil», el senador Carlos Moreira contrapuso objeciones de tipo psicológico y legal. Por una parte, señaló, esta posibilidad prevista en la ley violaría el principio de anonimato con respecto a las otras personas que hacen un aporte biológico para que una pareja o mujer pueda tener una descendencia biológica; así mientras en la «donación» de gametos resulta esencial mantener el anonimato, se aprueba una práctica en la que el anonimato es imposible. Por otra parte, señala el legislador, la posibilidad prevista por la ley genera confusión en los vínculos de parentesco. En el mismo sentido, el senador Eduardo Mezzera advirtió,

⁷⁵ https://www.youtube.com/watch?v=wXSz_BmTiq8

⁷⁶ El texto del Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) presentado en Argentina y finalmente rechazado por el Senado de ese país en 2018, recoge esta crítica y habla así de la interrupción voluntaria del embarazo como un derecho de las mujeres o personas gestantes.

Cuando el niño nace y emite sus primeros sonidos, la madre biológica adquiere en ese instante –y en mi opinión, para siempre– un vínculo con ese niño que no desaparece por el hecho de que una ley diga que ese niño, después, es de su hermana o de su cuñada. Cuando ese niño esté integrado a la familia y jugando con sus primos –que no sabemos si son primos o hermanos– se van a crear situaciones que no sabemos en qué pueden derivar.

El debate derivó en una confrontación entre argumentos biologicistas y constructivistas del vínculo filial.

Solo la senadora Constanza Moreira, quien también marcó su posición en esta confrontación advirtiendo que, sin desconocer los aspectos biológicos de la filiación, los seres humanos vivimos en una «segunda naturaleza», hizo una lectura diferente de la subrogación de útero, una lectura que buscó poner en cuestión la instrumentalización del cuerpo de una mujer como requisito indispensable para la filiación de otra mujer o pareja.

Advirtiendo desde el vamos que su cuestionamiento era personal, que no había encontrado eco en su fuerza política y que iba a acompañar el proyecto de ley, la senadora Constanza Moreira desarrolló una narrativa subalterna (Spivak, 1988), cuestionadora de los argumentos hegemónicos, desde una posición no subalterna en el campo político -ya que se trata de alguien que tiene voz en el Parlamento- pero en tensión con una posición subalterna en el orden de género -se trata de una mujer en la política-; finalmente una narrativa que quedó solo en las actas parlamentarias.

pienso que hay que evitar cualquier norma o artículo que tenga como concepción subyacente la de la mujer como «cuerpo», como el envase que carga algo. De alguna manera, la gestación subrogada contiene esta idea, más allá de que el vientre de alquiler pueda implicar un consentimiento voluntario. Me parece que los conceptos de mujer «cuerpo» y hombre «razón» provienen de una tradición patriarcal muy fuerte y, realmente, cualquier norma que tenga como base la idea de ese binomio tan asentado en nuestra cultura me provoca una reacción inmediata.

La casi ausencia -con excepción del discurso de Constanza Moreira- de una perspectiva que haga visible las condiciones sociales en las que los derechos reproductivos se realizan, en este caso las condiciones familiares, económicas, socioculturales... por las cuales una mujer gestaría la descendencia de otra, abona el sesgo individualista que ha caracterizado el lenguaje de los derechos humanos (Correa y Petchesky, 2001). La idea de que existe «libertad» para decidir si gestar o no la descendencia de otras personas abona la idea de que la libertad procreativa es neutral a cualquier condicionante social (Raymond, 1995:79).

El acceso a ovocitos de «donación» como un derecho reproductivo: una perspectiva crítica

En cuanto al acceso a ovocitos de «donación», su tratamiento estuvo marcado por dos aspectos. Por una parte, una ausencia de particularización, en cuanto donación de ovocitos y donación de semen fueron abordados de forma conjunta como «acceso a gametos de donación». La especificidad de la «donación» de ovocitos, lo que implica el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) para su provisión, quedó así invisibilizada. Profundizo sobre este aspecto del análisis en el capítulo V.

Existen otras legislaciones que, considerando la especificidad de la provisión de ovocitos para «donación», no la permiten. Tal es el caso de Alemania, Austria y Suiza, países en los que directamente está prohibido el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) para la obtención de ovocitos para terceras personas. Dinamarca y Suecia, por su parte, lo catalogan como un procedimiento peligroso por la razón que antes mencionábamos, permitiéndose en Suecia el empleo de ovocitos provenientes de otra persona solo en caso de que hayan resultado «sobrantes» de procedimientos de estimulación para la ovulación realizados con fines reproductivos (Cambrón Infante, 2006).

En Europa Occidental permiten la provisión de ovocitos para la «donación» Dinamarca, Francia, España y Reino Unido (Cortiñas, 2001). En Argentina sucede igual que en

Uruguay, se permite la «donación» de ovocitos «sin carácter lucrativo o comercial» (Decreto 956/2013)⁷⁷

Existen otras opciones para obtener ovocitos, como su extracción de tejidos ováricos de cadáveres y fetos femeninos (Cortiñas, 2001), pero por lo menos en Uruguay estas opciones no han sido planteadas.

En segundo lugar, las críticas a estos procedimientos se centraron en reforzar los cuatro principios que están contenidos en la ley: la necesidad del consentimiento para la «donación», el mantenimiento del anonimato, que no medie un pago para la «donación» y la necesidad de poner un límite a la cantidad de veces que una persona puede donar semen u óvulos de forma de no aumentar los riesgos de consanguinidad.

Nótese que el control de las veces que una misma persona dona ovocitos resulta relevante para evitar la consanguinidad, pero no se alude en ningún momento del debate a las importancias de este control para cuidar la salud de la persona «donante». En el decreto que reglamenta la ley sí se pone un límite de hasta cinco estimulaciones por mujer y no más de tres en un año, de forma de evitar los posibles riesgos de una sobreestimulación hormonal reiterada. En la práctica, sin embargo, esta limitación parece encontrar trabas. El mayor obstáculo es la inexistencia de un registro unificado por parte de las clínicas, lo que hace que una misma donante ingrese con un número en una clínica y con otro diferente en otra. A esta dificultad se suma que, si bien las clínicas están obligadas a registrar todos los procedimientos con donación, sea que una parte la pague el estado o los costos sean asumidos por la mujer o por la pareja en su totalidad, no existe seguridad de que los procedimientos que se realizan de forma privada estén debidamente informados (Entrevista con especialista, 11/5/2017). Esto resulta un obstáculo para quienes deben controlar la trazabilidad del material reproductivo –el recorrido en la donación–, y produce en los hechos una situación de anomia que fomenta –si las condiciones están dadas–, la sobreexplotación de los cuerpos de quienes donan ovocitos.

⁷⁷ Decreto 956/2013, regulatorio de la Ley N° 26.862. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/217628/norma.htm>. Agradezco a Lucía Ariza el haberme facilitado esta información.

CAPÍTULO IV

GÉNERO y ECONOMÍA POLÍTICA en la PRODUCCIÓN de SEMEN de DONACIÓN

Ya no existe nada semejante a un hombre estéril, al menos oficialmente. Sólo hay mujeres fértiles y mujeres estériles, eso dice la ley. (Atwood, 2017:99)

El objetivo de este capítulo es analizar las relaciones de género y economía política en la producción, material y simbólica, del semen de «donación».

Me detengo en los procesos de alterización que producen un esperma simbólica y materialmente apto para la «donación» y lo distancian de aquel que no cumple con las características requeridas para poder destinarse a otros. El objetivo es evidenciar estos requerimientos simbólicos que, en diálogo con los requerimientos sociotécnicos y las condiciones económico-políticas, producen personas biodisponibles para la provisión de semen.

Producir semen

La producción de semen es la producción de una célula sexualmente específica y diferente a otra denominada ovocito. La inteligibilidad de las células reproductivas en el contexto de la reproducción humana tal como se concibe en el modelo de reproducción sexual depende justamente de una condición sexo-generizada. Esta idea queda manifiesta en el diálogo entre un profesor de biología reproductiva y una estudiante que recupera Lafuente, «(...) de cara a continuar el desarrollo, la célula debe saber su género. (...) si no sé si soy un chico o una chica en este punto me atasco, no puedo continuar» (Lafuente, 2017: 174).

La estabilización de este proceso de materialización de la sexualidad dual del material biológico se expresa y reproduce en el modo diferenciado en que se concibe y trabaja con el material reproductivo. No olvidemos, además, que no se trata de producir cualquier material biológico, sino uno cuyas características le permitan servir a los objetivos de procreación y filiación que persiguen los procedimientos de reproducción humana asistida. Tales capacidades no son propiedad del material biológico, aunque por efecto del trazado de la cinta de moebius⁷⁸ puede verse de este modo; sino que resultan de las condiciones normativas de su producción (Butler, 2005) inscribiéndose estas condiciones luego en la superficie material a partir de la ejecución de las prácticas sociotécnicas necesarias.

Prefiero así hablar de material *generizadamente sexuado* y no de material sexual, como modo de advertir sobre la existencia de consideraciones de género que permean nuestra comprensión de la materialidad biológica (Laquer, 1992; Fausto Sterling, 2006; Butler, 2005). Así, el carácter «sexual» de las células reproductivas que se busca generar en el marco de estos procedimientos es punto de partida, al tiempo que resultado, de las condiciones normativas de su producción (Butler, 2005). Hay un «(...) proceso de materialización que se estabiliza a través del tiempo para producir el efecto de frontera, de permanencia y de superficie que llamamos materia» (Butler, 2005:28). La medicina reproductiva necesita generar un material biológico sexual, que se presenta como dual y complementario, en virtud de una concepción de la reproducción fundada en esta operación de producción de la biología reproductiva.

Así, cuando se produce esperma se está produciendo también ideas acerca de lo masculino, lo mismo que cuando se produce ovocitos se aporta a la constitución de lo femenino (Martin, 1991), en este caso en el campo de la procreación y el parentesco biotecnológicamente mediados. Por este motivo, opto con Lafuente (2017) en referirme a estos procedimientos con el término de *bioeconomías reproductivas*, en lugar de otros, como *bioeconomías de la reproducción* o *economías de lo reproductivo*. Con el concepto

⁷⁸ Fausto-Sterling toma la imagen de la cinta de moebius, siguiendo a Grosz, para mostrar la inexistencia de fronteras entre el cuerpo, en tanto materia (cerebro, músculos, órganos sexuales, hormonas...), y el contexto social y cultural.

de bioeconomías reproductivas se busca subrayar que lo que se produce en este marco no son solo bebés, sino que se producen y reproducen normas de género, formas de comprender la materialidad biológica, configuraciones de parentesco, arreglos económicos, en sintonía con la concepción materialista de la reproducción (Todaro, 2004).

La producción de semen para el intercambio está en Uruguay centralizada en el Programa de Donación de Semen, bajo la responsabilidad de El Laboratorio. Algunos de los procedimientos que involucra esta producción se realizan físicamente en El Laboratorio, mientras otros se llevan a cabo fuera de la institución. Cuando hablo de procedimientos no me refiero solamente a aquellos que involucran la manipulación del material biológico o la instancia de obtención del material reproductivo, que es una instancia mínima en el marco del proceso; sino a todo aquello que «(...) *convierte al hombre que dona en un donante de semen*»⁷⁹ (Plaza y Galán, 2018:9), incluidas evaluaciones psicológicas, médicas, así como prácticas de autocuidado de la salud.

El Programa de Donación de Semen, junto con el de Donación de Ovocitos, conforman lo que en la página web de El Laboratorio se publicita como «Banco de Gametos», aunque como veremos luego, la producción de ovocitos para su circulación no conforma un Banco entendido como un ámbito que permite conservar muestras congeladas, por un tiempo indefinido, para ser utilizadas en el momento en que se requieran (Alvarez Plaza, Pichardo Galán, 2017: 344). Los ovocitos para la «donación» en Uruguay no se criopreservan, y por tanto no se almacenan, como sí sucede con el semen. El semen se congela⁸⁰ y se guarda en el Banco de Semen que tiene El Laboratorio: dos tanques con nitrógeno líquido en los que el material biológico se coloca dentro de pajillas rotuladas con un número que se corresponde al donante y fecha de «liberación» de la muestra. La fecha de liberación indica que el semen está pronto para su utilización. Esto sucede luego

⁷⁹ Cursivas en el original.

⁸⁰ Los métodos de criopreservación son la congelación para el espermatozoide y la vitrificación para los ovocitos. La vitrificación supone un congelado más rápido y evita la conformación de cristales en el ovocito. Se utiliza para preservar ovocitos para uso futuro, pero cuando se trata de ovocitos para «donación» el proceso de congelado se evita y se transfieren «en fresco», de modo de evitar posibles daños en el material biológico. Para mayores detalles con respecto a estos procedimientos ver el glosario de términos en el anexo.

de un período de 40 días, y después de hacersele pruebas de laboratorio tendentes a descartar la existencia de infecciones de transmisión sexual (ITS).

La crioconservación de semen comienza en 1953 pero en condiciones distintas a las actuales: el semen se preservaba en ese entonces en hielo seco. Un año después nace el primer bebé producto de esta técnica. Es llegando a la década de 1990 y en atención a la necesidad de controlar la posibilidad de transmitir ITS a partir del material biológico que el semen comienza a congelarse (Swanson, 2012, en Alvarez Plaza y Pichardo Galán, 2017). En Uruguay este procedimiento comienza a utilizarse en 1988, tanto para preservar semen para uso propio, como para «donación».

La excepcionalidad del semen de «donación»

En virtud del fin que se dará a las muestras de semen congeladas, destinándose algunas para «uso propio» y otras para «donación», se habla de la existencia de dos Bancos de Semen en El Laboratorio: A y B.

El procedimiento de obtención –por masturbación- y de congelado de ambos tipos de material biológico es exactamente el mismo. Sin embargo, existe un trabajo constante de producción de diferencias entre uno y otro material según se trate de semen para uso propio, denominado «homólogo» o para la «donación», «heterólogo». Estas designaciones, a diferencia de lo que supuse en un primer momento de la investigación, no se emplean en todos los países en los cuales se practica la medicina reproductiva. Poner en diálogo los emergentes de este trabajo de campo con estudios sobre biotecnologías reproductivas en otras partes del mundo me permitió evidenciar el carácter local de estos términos y la generalización de su uso en el campo de la presente etnografía.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el término «homología», del que deriva «homología» se define en una de sus acepciones: «Relación de correspondencia que ofrecen entre sí partes que en diversos organismos

tienen el mismo origen, aunque su función pueda ser diferente». ⁸¹ Si extendemos la interpretación, podríamos advertir que el semen que se considera homólogo es aquel que se obtiene de un organismo para aportar a la producción de otro organismo, generando un vínculo, relativo al origen, entre ambos. El término «heterólogo» no figura en el diccionario de la Real Academia Española, pero podemos interpretar que su creación está orientada a remarcar una diferencia con la idea de homología buscando negar, en términos simbólicos, la continuidad material entre el organismo de origen y el organismo resultante de un proceso en el cual el organismo anterior está materialmente implicado.

Esto significa que las características de la muestra resultan legibles en función de este destino, el que a su vez produce diferencias –simbólicas y materiales- en la muestra. Esto sucede de forma similar a lo que Lafuente apunta para los ovocitos, cuya producción en tanto pieza clave de las intervenciones de reproducción humana asistida se realiza en función de «(...) una interpretación de lo que los óvulos son y lo que deben ser dentro de estos contextos determinados» (Lafuente, 2017: 320); en este caso, una interpretación de lo que el espermatozoide es y debe ser en función de su ubicación en el circuito de producción y uso para intervenciones de reproducción humana asistida.

Me explicaba una de las técnicas que las «muestras propias se mejoran». Esto significa que se selecciona los mejores espermatozoides mediante el procedimiento de «limpiado»⁸² de la muestra; «la limpieza es importante porque están mandando, en la inseminación, que va directo, a todos los que tienen chance [de lograr el embarazo]», y también se enriquece y se le da energía (DdeC, 22-6-2016). La misma técnica me contaba que le gusta ser ella misma la que entrega la muestra a las parejas, aunque sepa que no se están llevando la mejor muestra del mundo, porque considera que la confianza con que ella se las da puede ser un empujoncito para lograr el embarazo (DdeC, 22-6-2016). La eficacia simbólica del ritual, a la que alude Levi-Strauss (1977), continúa presente en ámbitos altamente tecnologizados.

⁸¹ <http://dle.rae.es/?id=Kbnsa6F> (Acceso: 5-12-2018)

⁸² La limpieza consiste en seleccionar los espermatozoides que califican como A y B, frente a los que son C y D. Se considera que los primeros tienen mayores chances de fecundar.

Diferente a la muestra de semen propio, que «se mejora», la de semen «donado» «se prepara». No necesita mejorarse porque ya porta los atributos que se considera hacen a la fertilidad en este contexto: un semen con elevada cantidad de espermatozoides de buena calidad. Y todo esto más allá del convencimiento de que «como dice el Dr. [menciona al director de El Laboratorio] alcanza con un espermatozoide para la fecundación. Y el que vos decís que no es tan bueno [se refiere al semen], finalmente termina logrando el embarazo» (DdeC, 22-6-2016).

Esta idea de «con un solo espermatozoide alcanza» es la idea que sustenta la práctica de la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), técnica a partir de la cual un espermatozoide, del semen del futuro padre social, es introducido mediante una inyección en el núcleo del óvulo. La técnica permite la participación biológica del varón en su descendencia en casos en que la fertilidad de este varón esté muy comprometida –se practica una biopsia testicular para recuperar el/los espermatozoide(s)-. Sin embargo, la misma técnica podría, eventualmente y considerando la cantidad de muestras de semen que existen criopreservadas en el mundo, hacer prescindible la participación del varón en la reproducción (Moore, 2002; Stolcke, 2010). Así, la misma técnica habilita tanto a enfatizar la participación biológica de un varón específico, como la prescindencia «del varón», en términos generales, para la reproducción.

Volviendo al semen obtenido para la «donación», su función es ser capaz de fecundar y generar parentesco; es en virtud de este destino que se le demandan ciertas condiciones. Quiero enfatizar que es el destino que tendrá el material reproductivo el que define los parámetros de su evaluación y consecuentemente las afectaciones que se le realizarán a la muestra: el semen propio se mejora, mientras el semen para «donación» se prepara. Esto nos advierte acerca del carácter relativo –contextual y construido-, de las características del material biológico. Así una muestra con determinada cantidad de espermatozoides puede catalogarse de «mala» si es para la «donación», pero «buena» si es para uso propio. Como advierte Emily Martin (1991: 485) «(...) la cultura da forma a lo que los científicos describen como el mundo natural»⁸³, por lo cual las descripciones

⁸³ «(...) culture shapes how biological scientists describe what they discover about the natural world».

sobre la biología dicen más de nuestras convicciones, reglas, valores, que del mundo material.

Es el destino, con vistas al cual se produce la muestra, el que habilita la legibilidad del material y por tanto también el modo como se lo manipula. Estas condiciones se esencializan y se conciben, como advertía Martin (1991), propias del material y no de su evaluación y generación.

Sin embargo, el carácter no esencial de las condiciones exigidas al material biológico se evidencia en éste y en otros aspectos de las prácticas biotecnológicas en el campo reproductivo. En relación específicamente a las muestras para la «donación», la no esencialidad de las condiciones del material biológico puede ilustrarse con el cambio en las condiciones demandadas para que una muestra sea aceptada para su ingreso al Banco de Semen heterólogo.

Mientras en años previos una muestra de 200 millones de espermatozoides se consideraba una muy mala muestra y se descartaba, actualmente una muestra con esa cantidad de espermatozoides se acepta para la «donación» (DdeC, 25-5-2016). Se asume así que no se va a conseguir muestras mejores o por lo menos en cantidad necesaria para los procedimientos. Esto relativiza además la edad exigida para la provisión de semen, que en Uruguay es de 32 años, mientras que en el caso de un famoso Banco de Semen de Dinamarca que exporta a diversas partes del mundo este límite es de 45 años (Plaza, Galán, 2017). El límite etéreo de los 32 años está actualmente en discusión porque además se ha visto que varones de más de 40 años obtienen en ocasiones mejores muestras que los jóvenes que se presentan para la «donación» (DdeC, 25-5-2016).

Hay que considerar que esta reevaluación del límite etéreo para la provisión de semen se da en un contexto de ampliación de la demanda de este gameto para la «donación» con fines reproductivos y de, paralelamente, escasez de este material. Es decir, que las características que se solicitan a la persona donante en virtud de las características que se busca conseguir en la muestra se establecen considerando la demanda del material reproductivo y su posibilidad de obtención: aspectos especialmente sensibles para la

bioeconomía reproductiva. La posesión de un semen con condiciones deseables en el marco de esta bioeconomía puede ser visto como la posesión de un capital rentable. Algo que posee *biovalor* (Waldby y Cooper, 2008).

El requisito de una buena muestra de semen para la «donación» es del doble de la cantidad de espermatozoides de una muestra para uso propio. Pero este requisito no es tan solo biológico, porque incluso un semen con un bajo recuento espermático podría fecundar en un contexto no biotecnológicamente mediado, en una relación heterosexual coital. Este requisito es un requisito que se construye en diálogo con los procedimientos biotecnológicos, fundamentalmente el proceso de congelado y descongelado de la muestra. Porque en este proceso se pierden muchos espermatozoides debido a que algunos mueren o quedan inservibles producto de la afectación del procedimiento sobre la motilidad⁸⁴ y morfología de las células espermáticas; si no fuera requisito criopreservar no se necesitaría un semen con el doble de cantidad de espermatozoides.

También en este diálogo entre construir y evaluar se elaboran ideas acerca de lo normal y lo patológico con respecto al esperma. Medir y evaluar la velocidad y forma del espermatozoide resulta un requisito en el campo biotecnológico; «Motilidad y morfología» son «El lenguaje de la patología espermática»⁸⁵ (Moore, 2002:99).

El semen cuyo destino será la «donación» «(...) no alcanza con ser un semen normal, no alcanza con que tenga una cantidad de espermatozoides, tiene que tener el doble de lo normal» (Ent. Técnica, 12-5-2015). Una vez que la muestra se descongela se trata de obtener espermatozoides con mejor motilidad, y esta es una de las cosas más complejas, me explica una de las técnicas de El Laboratorio (DdeC, 25-5-2016). También comparte conmigo una observación que me resultó interesante y que ilustra el énfasis que se coloca en la movilidad como característica del material biológico masculino: ella antes trabajaba en un laboratorio de sangre y al pasar a trabajar con semen una de las cosas que le resultó más desafiante fue adecuar su ojo al movimiento.

⁸⁴ Término de la biología para expresar la habilidad de moverse espontánea e independientemente.

⁸⁵ «The Language of Sperm Pathology».

Los espermatozoides se clasifican en tres tipos, en virtud de la «motilidad»: A, que se mueven rápido y lineal; B; se mueven, aunque no tan rápido, y de forma zigzagueante; C, se mueven, pero en el lugar; y D, no se mueven (DdeC, 26-6-2016). Los que pertenecen al tipo A son los que se consideran más aptos para cumplir con la misión con la cual se eligen en el marco del Programa: fecundar. Como señala Lafuente (2017), en la medicina reproductiva los gametos son leídos como células cuya finalidad es netamente reproductiva. Pero esa capacidad, como antes mencionábamos, se construye como una capacidad biológica en el marco de procedimientos biotecnológicos con objetivos reproductivos. No es una capacidad que porte la materia biológica.

El semen de «donación» es por tanto un semen excepcional, fundamentalmente en su capacidad de motilidad, capacidad que en lo material es indispensable para la fecundación y que en lo simbólico articula masculinidad, potencia viril y capacidad procreativa. Estos significados se refuerzan en los procedimientos biotecnológicos mediante la oposición continua entre semen de «donación» y semen propio. Oposición producida como parte de la existencia misma de estas biotecnologías -no podría existir semen de «donación» de no existir las biotecnologías reproductivas-, y por tanto funcional a éstas. Y esta oposición no es solo simbólica, sino que permite disponer un tipo de material biológico, el que cumple con los requisitos (socio)técnicamente definidos, para la «donación».

Estos requisitos son poseer capacidad de fecundación y poder aportar a la reproducción social y a vínculos de filiación específicos -sobre este aspecto me detengo en el capítulo VI-. La reproducción social biotecnológicamente mediada, al concebirse como más perfecta que la reproducción «natural» (Strathern, 1995) requiere de un material reproductivo que aporte a esta perfección. Parte de esta perfección es que el semen no cargue con enfermedades genéticas o infecciosas; la «necesidad» de hacer pasar al semen por el procedimiento de congelado y descongelado es por tanto consecuencia de los requisitos de la reproducción biotecnológica, al tiempo que produce un semen «limpio», simbólica y materialmente. En ese proceso de «limpieza» se alteran, pero también se reevalúan, los requisitos que se le demandan al gameto masculino para la «donación».

La transferencia en fresco de los espermatozoides permitiría no alterar la cantidad o calidad de la muestra y, como me expresó una de las técnicas (DdeC 22-6-2016), seguramente condujera a mejores resultados; refiriéndose a que seguramente permitiera mayor ocurrencia de embarazos. Sin embargo, el pasaje por la cuarentena ⁸⁶ para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas no se discute cuando se usa el semen de la pareja. Si se transmiten enfermedades usando el semen fresco de la pareja «ahí la pareja se responsabiliza por lo que hace el varón y por la calidad del semen; pero en la «donación» esta responsabilidad recae sobre el Banco» (DdeC 22-6-2016).

Aparece aquí la idea de la «responsabilidad biológica» sobre la especie, de la que habla Foucault (2012), una idea que dio origen a la medicina de las perversiones y a los programas de eugenesia, en tanto tecnologías del sexo, en la segunda mitad del Siglo XIX. Podemos decir que la responsabilidad biológica sobre la especie recae ahora en una biopolítica centrada en el control genético de la población desde la propia formación de los gametos que darán lugar a la concepción de la futura persona (Rose, 1999; Ariza, 2012). Esta práctica se acompaña de ideas acerca de quién puede y debe tomar las decisiones reproductivas, cuáles son los parámetros que deben guiar estas decisiones, y cómo proceder para materializarlas. Dechaux (2018) va a señalar que al aceptar la idea de la responsabilidad de transmitir buenos genes a la descendencia al tiempo que impedir la transmisión de enfermedades a partir de ciertos atributos que se seleccionan para el material reproductivo, la medicina reproductiva refuerza un mensaje moral de tipo individualista, que responsabiliza a las personas por su salud y la de su descendencia, sin cuestionar o generar instancias de demanda social que busquen transformar las estructuras que hacen al bienestar común.

Disciplina sexual y gobernabilidad del semen de «donación»

Atender a esta responsabilidad que supone utilizar un semen «heterólogo» que no cargue con determinadas patologías en los procedimientos reproductivos, es atender a una responsabilidad que las biotecnologías reproductivas asumen para sí mismas en su

⁸⁶ Refiere al tiempo mínimo que tiene que estar criopreservado (40 días).

objetivo de lograr una reproducción más perfecta que redunde en el objetivo de una buena salud desde este enfoque individualista. La perfección supone acciones tendentes a «administrar la vida» (Foucault, 2012:129) ya no desde el momento de su concepción, sino a nivel molecular (Ariza, 2012), en la producción y selección de las «piezas» que se usarán para producirla.

Como antes advertíamos, el desarrollo de la actual técnica de criopreservación del semen (Swanson, 2012, en Alvarez Plaza y Pichardo Galán, 2017) resulta y viene a reforzar la preocupación por la transmisión de enfermedades de origen sexual, especialmente VIH-SIDA. El semen, en el contexto de preocupación por estas enfermedades, deja de ser solo fuente de vida para constituirse también en fuente de infección y muerte; «La vida y la muerte penden de un mismo hilo»⁸⁷ (Moore, 2002: 91).

El *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) para la provisión de semen requiere por tanto de un disciplinamiento de las prácticas sexuales de la persona donante que lo hagan un material «seguro». El semen de «donación» se vuelve una sustancia «gobernable» (Graham, Mohr y Bourne, 2016; en Rivas, Alvarez y Jociles, 2018) a partir de estas formas de disciplinamiento de la sexualidad que involucran abstinencia sexual protocolizada y control de las funciones orgásmicas, así como el control de conductas cotidianas. Como advertía Strathern (1991; en Rhoden, 2002:189), la provisión de esperma supone distanciarse del peligro de una sexualidad inapropiada. La masturbación, práctica sexual considerada parte de una sexualidad inmadura (Jones, 2010) y antieconómica (Laqueur, 2007), es en este contexto resignificada. La masturbación es aquí una técnica o herramienta productiva, no tiene por finalidad el placer sexual sino la obtención de un bien que tenga propiedades adecuadas para la «donación», un bien que ya no es para uso de la persona que lo produce, sino que será dispuesto para su redistribución: un bien con *valor de cambio*.

Mohr (2014), que ha investigado qué significa ser un donante de esperma a través de la narrativa de donantes para una clínica que funciona en Dinamarca pero que exporta este

⁸⁷ «Both life and death hang in the balance».

bien a diversos países del mundo, señala que las personas donantes de semen aprenden técnicas de masturbación, diferentes a las que se realizan en otros ámbitos y con otros fines, para obtener muestras de semen de mejor calidad.

Las técnicas utilizadas para masturbarse a fin de obtener la muestra no fue un tópico de conversación durante la entrevista con los donantes de esperma, aunque sí la manera de pensar la masturbación en ese contexto. Según Marcelo, estudiante universitario que hace un año y medio al momento de la entrevista participaba como «donante» de semen para el Banco de Gametos, la práctica masturbatoria para la provisión implica pensar la masturbación distanciada de la sexualidad y vinculada a la reproducción,

[masturbarse para donar] poca cosa desde el punto de vista práctico. En la adolescencia empezás a masturbarte y como que ta, lo vinculás al lado sexual y no a algo biológico, de vida. Obviamente hay un proceso ahí, que tenés que hacer un pasaje para decir «ahora esto va a funcionar para alguien», es difícil aproximarse del lado médico, empezar a pensar «ahora voy a ir a masturbarme a [El Laboratorio] porque tengo que donar».

La práctica masturbatoria en este ámbito se dirige así a producir un bien que tenga las condiciones requeridas para su uso en instancias biotecnológicas con objetivos reproductivos. Esto implica, en términos de trabajo, fundamentalmente 48 horas de abstinencia de actividad sexual, que se sobreentiende como sexualidad con eyaculación -dejando de lado otro tipo de posibles actividades sexuales que no involucren eyaculado-, y el traslado a El Laboratorio para obtener la muestra, o la obtención de la muestra en domicilio para luego llevarla al Banco de Semen. También son deseables otros cuidados asociados a llevar una vida saludable: buenos hábitos de alimentación y ejercicio.

La anulación de la dimensión sexual del procedimiento de masturbación para el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) que involucra la producción de semen para el intercambio, encuentra su máxima expresión en el lugar que El Laboratorio destina para la tarea: un baño, pequeño y de forma rectangular, con espejos en una de las paredes, que

es de uso común. «El baño más limpio de todos», bromea una de las especialistas (DdeC, 19-4-2015), remarcando simbólicamente la necesidad, una vez más, de quitar lo sexual del universo biotecnológico reproductivo. Lo sexual aparece como contaminante (Douglas, 1973).

La provisión de semen supone entonces poner «(...) la sexualidad por excelencia del yo» (Laqueur, 2007: 25), la masturbación, al servicio de otros para fines de procreación, para lo cual el componente sexual de la práctica debe simbólicamente desaparecer, mediante un disciplinamiento de las prácticas pero también del modo de vida más amplio de la persona donante, incorporando este disciplinamiento a su vida personal e íntima, para pueda actuar acorde los requerimientos del *trabajo clínico* que implica la provisión de semen en el marco de esta bioeconomía.

Se precisa una persona que pueda «controlar» su sexualidad, algo que para el modo en que se ha construido tradicionalmente la masculinidad en occidente, con una fuerte asociación a la imposibilidad de control de lo sexual, aparece como una contradicción. La sexualidad masculina está asociada al placer y es *naturalmente* incontrolable, imperativa, esencial (Moore, 2002), a diferencia de la sexualidad femenina, construida en función de la procreación y debidamente controlada. En el trabajo clínico para la provisión de semen, la sexualidad masculina debe ser controlada, «(...) potencialmente limitada y posiblemente eventualmente redundante»⁸⁸ (Moore, 2002: 91), en cierto sentido feminizada. El varón «donante» es un varón que pone su capacidad reproductiva al servicio de la reproducción de otros; es un varón que cumple con un rol femenino, pero para cumplir este rol debe reafirmarse su masculinidad, la posibilidad de proveer un material biológico de excelencia.

También se borra la sexualidad de esta provisión mediante los procedimientos clínicos de tratamiento del espermatozoides de «donación». En las actas del Primer Congreso de la Asociación Internacional de Fertilidad, realizado en Nueva York en la década de 1950, se describe el procedimiento de inseminación haciendo énfasis en que todo el material

⁸⁸ «(...) potentially limited, and possibly even redundant».

esté estéril y recalando, entre otros aspectos técnicos, que la vagina de la mujer no debe ser lubricada (Kleegman, 1953). La descripción del procedimiento refuerza así su carácter quirúrgico, aunque según los criterios técnicos no se trate de un procedimiento de este tipo. Convertirlo simbólicamente en un acto quirúrgico lo separa de las posibles connotaciones sexuales. Asimismo, es interesante pensar cuánto juega el congelado en el proceso de desexualización.

Son múltiples los mecanismos que convierten al esperma en *un* esperma idóneo para los procedimientos de reproducción biotecnológicos. Considero que para la construcción de esta idoneidad resulta simbólica y materialmente clave la idea de despojo. Se despoja al semen de posibles elementos contaminantes (virus), de su identidad de procedencia (anónimo) y de su carácter sexual, carácter que aparece en el campo de forma recurrente en forma de ironía: «yo vivo del esperma» (DdeC, 19-4-2015), repetía una de las técnicas de El Laboratorio. Los procedimientos de descontaminación y purificación se retroalimentan (Douglas, 1973).

El despojo de elementos contaminantes

Las acciones clínicas para la consecución de un esperma apto para la «donación», en diálogo con los requisitos –sociotécnicamente definidos- de idoneidad, marcan una paulatina escalada o radicalización del proceso de medicalización que Clarke (et. alt, 2003) define como biomedicalización, y que se evidencia en el cada vez mayor número de exámenes genéticos que se le realizan a la persona que se candidatea a la «donación», tanto de semen como de ovocitos. La medicina reproductiva al aumentar los requisitos de perfección genética de los componentes que conformarán el bioartefacto que es el embrión *in vitro*, remarca la separación entre la reproducción biotecnológica y aquella que se realiza sin intervención biotecnológica. Enfatiza la excepcionalidad de la primera, una excepcionalidad que va de la mano del semen aportado, en el caso en que se utiliza semen de «donación», y que se produce a partir de todos los requisitos de selección de la persona que «dona».

A las pruebas que se realizan⁸⁹ al material reproductivo desde que se comenzó a gestionar su obtención para el intercambio, se han sumado, en los últimos años, otras. Esto configura un proceso en escalada que, si bien era un proceso en marcha antes del inicio del siglo XXI, en el contexto de las biotecnologías reproductivas adquiere otras dimensiones y sobre todo otras particularidades (Déchaux, 2018). No se trata solo de mejorar «(...) las condiciones de fiabilidad para las operaciones de secuenciación de partes del genoma con costos cada vez más reducidos (...)»⁹⁰, sino con «(...) intereses económicos relacionados con el desarrollo de la medicina predictiva y la terapia génica»⁹¹ (Déchaux, 2018:44).

Lo que en el último tiempo se ha incrementado han sido fundamentalmente la cantidad de mutaciones que se rastrean para la fibrosis quística (FC), una enfermedad degenerativa del sistema neurológico cuyo carácter hereditario fue confirmado en 1949 y el gen portador descubierto en 1998, aunque existen 800 mutaciones del mismo. Se trata de una de las condiciones genéticas más comunes, afectando a uno de cada 2.500 nacidos. La FC se asocia, además, a la infertilidad en los varones: el 97% de los varones con FC son infértiles (Kerr, 2000). El ensañamiento clínico con esta enfermedad indica un incremento del temor hacia este tipo de enfermedades degenerativas en la época actual.

Se trate de FC, de otras infecciones o de enfermedades concebidas como genéticamente transmisibles, incluso de otros atributos que se entiende puede transmitir el material biológico como características fenotípicas y sociales, lo que nos informa el acto de

⁸⁹ Entre estas pruebas se rastrean antecedentes familiares de depresión o enfermedades psiquiátricas, y también antecedentes de transmisiones infecciosas o genéticas. Se realiza exámenes en sangre para dictaminar las condiciones metabólicas y hormonales de quien dona. Del metabolismo se estudia: perfil lipídico, glicemia, uricemia, creatininemia, azoemia, hemograma, VES, orina con sedimento, funcional y enzimograma hepáticos, gammaglutamiltranspeptidasa, proteína C reactiva, homocisteína, ferritina. En hormonas se estudia FH, LH, testosterona total y estradiol. Se busca, además, antecedentes de: HIV, VHB, BHC, citomegalovirus, sífilis y se busca el grupo sanguíneo para que sea compatible con quien va a recibir este material. También se investiga el cariotipo mitótico sangre periférica y si hay drogas en sangre. En relación a las enfermedades genéticas, se estudia si los y las candidatos/as a donante son portadores de marcadores genéticos para síndrome de X frágil, atrofia muscular espinal, anemia de células falciformes, alfa y beta talasemia, enfermedad de Tay-Sachs y fibrosis quística. Si cualquiera de las pruebas da positivo, la persona candidata al Programa es descartada como posible «donante».

⁹⁰ «(...) de nombreuses et incessantes innovations biotechnologiques qui améliorent considérablement la fiabilité des opérations de séquençage de tout ou partie du génome et en réduisent le coût».

⁹¹ «(...) intérêts économiques liés au développement de la médecine prédictive et de la thérapie génique».

despojar al semen de estas cualidades es que se trata de cualidades que la sociedad no quiere reproducir.

Diversos autores/as (Rose, 1999; Salta de Paula y Castelfranchi, 2015) sugieren que se produce en diálogo con estas prácticas una racionalidad que se aproxima a la racionalidad neoliberal de la sociedad de control, pero por la vía de la administración del capital genético por parte del personal biomédico y de las personas que transitan por el campo de las biotecnologías reproductivas para materializar su deseo filial. Hay un desplazamiento de la eugenesia como práctica central de una sociedad de control basada en la biología organicista, a una nueva modalidad biopolítica que se fundamenta en la biología genética y que trabaja a partir de la selección de los componentes genéticos de la futura persona (Rose, 1999; Ariza, 2012).

Salta de Paula y Castelfranchi (2015) dirán, además, que los individuos son considerados en este contexto más clientes y accionistas, que pacientes y ciudadanos. Esto puede ser discutible en un contexto como el uruguayo, en el cual la ley 19.167 habilita el acceso legal a las técnicas de reproducción humana asistida, incluyendo el acceso a semen de «donación». Sin embargo, existen algunas limitantes para la efectiva instrumentación del acceso a las prestaciones que prevé la legislación y que efectivamente hacen que el acceso a determinadas intervenciones dependa de la participación como cliente en el marco de esta bioeconomía. Sobre este punto profundizaré cuando analice la provisión de ovocitos.

De la mano de esta institucionalización del procedimiento de provisión de semen en el campo de la medicina reproductiva, comienza a enfatizarse los beneficios del acceso a semen por esta vía y no a través de donaciones caseras, aunque estas puedan seguir existiendo. Las donaciones caseras se realizan entre personas que se conocen o que no se conocen, y puede o no mediar un pago por el material reproductivo.⁹² Las inseminaciones

⁹² Existe un blog en Internet Co.Padres.net en el cual se intercambia ofertas y demandas de semen en varios países entre ellos Uruguay. En el momento en que consulto ese blog (noviembre de 2018), solo hay un mensaje publicado el 13 de octubre de este mismo año, de una mujer sin pareja que busca donante altruista y sin deseos de establecer una co-parentalidad con quien nazca del uso del material reproductivo. Hasta el momento el mensaje no había tenido respuesta.

caseras obviamente excluyen la participación de instancias clínicas. El uso de semen obtenido de forma casera solo es posible para procedimientos de baja complejidad, no en intervenciones *in vitro*, y además implica la utilización del semen fresco, porque el congelado y descongelado de las muestras presupone una tecnología con la que solo cuentan los laboratorios por su alto costo y la necesidad de tener los conocimientos adecuados para su uso.

Así, el semen que se maneja en el Programa de Donación que tiene bajo su responsabilidad El Laboratorio, no es cualquier semen, es un semen producido a partir de los sentidos y las prácticas que habilitan su excepcionalidad.

Miramos en el microscopio la muestra congelada y me dice que voy a ver cómo cambia cuando la vea descongelada, «mirá ahora qué divino como se mueven». Cuando la técnica va a confirmar la evaluación, para lo cual también procede a ver la muestra al microscopio, confirma «Esta preciosa», y agrega «Es de donante, ¿no? Se nota». (DdeC, 22-6-2016)

Existe así todo un ejercicio de producción de la diferencia que va estableciendo y restableciendo las fronteras de la materialidad que se maneja en el Programa de Donación. El semen cuyo destino es el intercambio es un semen con cierta excepcionalidad, excepcionalidad de la cual, como antes decíamos, es en gran parte responsable la persona «donante».

ENT3: [donar semen] involucra un cierto cuidado, por ejemplo, estar enfermo o no hacer deporte o no cuidarte un poco en las comidas, hace que las muestras puedan estar peor o que directamente/entonces te lleva a una conciencia. En la donación de sangre pasa también. Es como todo un, tenés que tener un montón de cosas en cuenta.

ENT: Vos tenés una vida saludable.

ENT3: Claro, tengo una vida saludable. Pero, por ejemplo, a los 18 años eventualmente fumaba marihuana, probablemente eso es algo que disfruto cuando estoy/nunca tuve la constancia de fumar, fumo tabaco de vez en cuando, pero por ejemplo la marihuana en la donación es algo que está vetado, o sea, está vetado. El tabaco no. Pero entonces eso, yo

capaz que la marihuana que fumaba esporádicamente, una vez al año, no la fumo ahora.

Existen una serie de prácticas a las que me referiré más adelante que buscan mejorar la calidad del esperma, pero todas dependen de comportamientos llevados adelante por el donante. Lo único que la actuación tecnológica hace es preparar la muestra al momento de la inseminación o la fecundación *in vitro*; pero además lo que la intervención eventualmente puede hacer es estropear una muestra, como me explicaba una de las técnicas que manipula el semen. Esto también dota de cierta excepcionalidad a la persona «donante». En el caso de la provisión de ovocitos, hay «donantes» excepcionales o «donantes» que no son tan buenas, pero esto se evalúa en función de cómo responden a la estimulación hormonal, porque el material reproductivo femenino sí se produce biotecnológicamente.

Las tensiones entre la necesidad de disponer de gametos y el control de la endogamia

En los apartados anteriores analizaba los requisitos sociotécnicos a partir de los cuales se evalúa y manipula el semen para la «donación», se elige a quienes realizarán el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) para su obtención y se lleva adelante dicho trabajo. Si bien resulta necesario contar con personas dispuestas y sociotécnicamente aptas para realizar el trabajo que supone la provisión de semen para la «donación», esta (bio)disponibilidad se encuentra modelada por otras dos condiciones sobre las que profundizo a continuación.

Una de ellas es la preocupación por controlar la cantidad de personas nacidas vivas con un mismo material reproductivo, como forma de impedir situaciones de «endogamia».⁹³ La otra es la necesidad de contar con un flujo constante de gametos de «donación», en

⁹³ Endogamia es aquí un término nativo que refiere a la reproducción biológica entre personas que comparten un mismo ADN y a la preocupación por las consecuencias biológicas de esa unión. Es diferente a como lo utiliza la Antropología, para la que el concepto de endogamia refiere a la alianza entre personas que son parte de un mismo grupo social y cuyo vínculo afectivo, social o sexual no supone *a priori* algo negativo.

tanto materia prima indispensable para los procedimientos de reproducción biotecnológica. La inseguridad en la disponibilidad de este material reproductivo puede costar la paralización de los procedimientos reproductivos y con ello una pérdida económica para la empresa biotecnológica.

El desarrollo de bioeconomías, en este caso reproductivas, presupone una evaluación de los riesgos y beneficios de la mano del control de pérdidas (Pavone, 2012). Lo que Pavone define como «la otra cara de la moneda» de las bioeconomías: una ideología neoliberal que supone una actitud racional en lo que hace a la dimensión económica. Controlar las posibles pérdidas económicas resulta así prioritario.

Sostengo que la necesidad de disponer de un flujo más o menos continuo de este material biológico, en tanto parte de esta racionalidad que orienta las prácticas biotecnológicas como instancia bioeconómica, se juega principalmente en dos momentos: en la evaluación de la disposición de quien realiza el trabajo clínico de provisión de material reproductivo para mantenerse como «donante» el máximo tiempo posible; y en la laxitud en los controles sobre la cantidad de veces que puede usarse material reproductivo proveniente de una misma persona para la generación de un nacido vivo.

En el análisis del debate Parlamentario para la aprobación de la Ley 19.167 este fue uno de los aspectos más sensibles con relación a la posibilidad de acceder a gametos de «donación»: el establecer un límite para las «donaciones» de manera de no generar situaciones de riesgo de endogamia. En el caso del semen el Decreto 84/015, que reglamenta la Ley 19,167, establece un máximo de hasta 25 nacimientos por donante (Capítulo III, Art. 13) para evitar la posibilidad de que se produzcan uniones consanguíneas.

Este cuidado está, como observaba antes, en tensión con la necesidad que tienen quienes realizan procedimientos de reproducción biotecnológica de contar con gametos para estas intervenciones. Se espera y valora que la persona permanezca durante todo el tiempo posible en el proceso de provisión de material reproductivo y que entregue buenas muestras. Eso también compensa la inversión que se realiza inicialmente para el estudio

genético y de calidad del semen de la persona candidata. En la práctica, el promedio de muestras entregadas por donante suele estar en el entorno de las 40.

Sin embargo, existen dificultades para saber si esas 40 muestras dieron lugar a menos de 25 nacimientos porque, como me dijeron repetidamente durante el trabajo de campo, es difícil poder llevar un registro de las personas nacidas vivas en el marco de estos procedimientos. Tal dificultad deriva de varios factores. Por una parte, si bien las parejas o mujeres que utilizan semen de «donación» saben que deben informar a El Laboratorio de los resultados de la inseminación (de alta o baja complejidad), en la mayoría de los casos «se olvidan» o «no les fue bien y no tienen ganas de llamar» (DdeC, 22-6-2016). El Laboratorio, por su parte, no tiene una persona especialmente encargada de esta tarea, tarea que por otra parte se entiende difícil, porque «en la mayoría de los casos llamas para informarte y lo que te cuentan es que no quedaron [embarazadas], o el bebé se murió...» (DdeC, 22-6-2016). Por lo cual, el control es laxo y las posibilidades de «donar» más allá de lo establecido están dadas por la vía de los hechos.

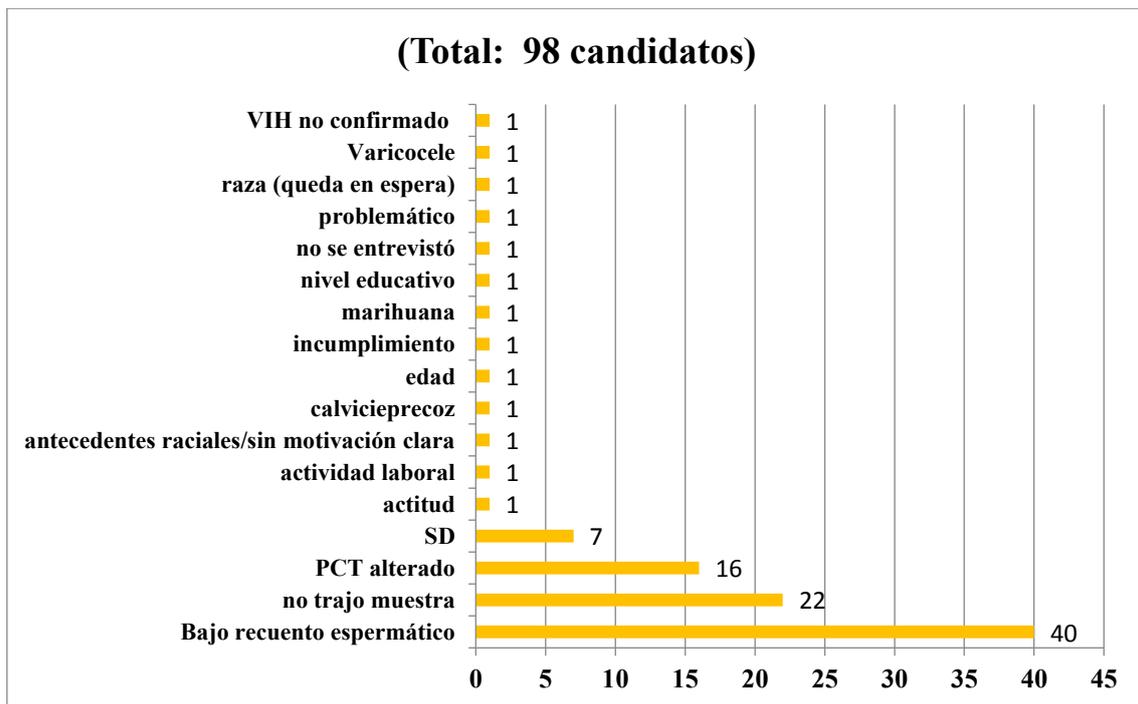
Según la información remitida por el Banco de Esperma al INDT, en el período que va de mayo de 2014 a noviembre de 2016 se usaron 415 muestras provenientes de 8 «donantes». El resultado de uso de esas muestras fue: en un 10% se logró el embarazo y posterior nacimiento, en 41% de los casos no se logró y no hay datos del 49% restante. Considerando la cantidad de veces que una misma persona llega a proveer semen y la ausencia de datos sobre los bebés nacidos con esas muestras, existe una posibilidad real de que la tasa de nacidos vivos por cada una de esas muestras esté por encima del límite impuesto por la reglamentación.

Con los ovocitos de «donación» el peligro de endogamia no está tan presente puesto que se utiliza una misma «donante» para dos destinatarias, una de las cuales podría ser ella de tratarse de una «donación en paralelo», por lo cual, de un máximo de cinco «donaciones» sería difícil llegar a 25 nacidos vivos de una misma «proveedora». Lo que en el caso de la provisión de ovocitos es peligroso es la cantidad de veces que una misma mujer pueda «donar» y esto tampoco es algo que se controle debidamente. La laxitud en el control de la cantidad de veces que una misma persona provee ovocitos o semen tiene diferentes

consecuencias según el tipo de material reproductivo del que se trate. También diferentes costos para las bioeconomías reproductivas; sobre este aspecto me detengo en el capítulo próximo.

Como decíamos antes, contar con un donante que permanezca en el tiempo aportando muestras de buena calidad, lo que significa que sigue las pautas de disciplina sexual y cuidado de la salud establecidas, es esencial para la producción de *biovalor* en el marco de la provisión de espermatozoides de «donación». Una parte esencial entonces de la tarea de captación y evaluación de quienes se candidatean al *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) de provisión de semen es medir la confianza en que esa persona cumplirá con tales requisitos. Por ello, y según vemos en la gráfica siguiente, no solo se valora la calidad del semen, sino también atributos de personalidad de la persona «donante».

Gráfica 2: Razones del rechazo a candidatos a donación de semen (1988-2015)



Elaboración propia en base a registros del Banco de Semen

Entre las razones del rechazo a personas candidatas a la «donación» de semen encontramos algunas que justamente aluden a lo que definíamos como atributos de personalidad: «problemático», «actitud», «incumplimiento», «sin motivación clara»). Además, hay otras concernientes a atributos sociales («nivel educativo», que refiere a un bajo nivel educativo), o físicos («calvicie precoz», «raza»⁹⁴), consumo o exposición a sustancias que alterarían la calidad del semen («marihuana», «actividad laboral»), o condiciones físicas que también podrían alterarlo («varicocele») o «contaminarlo» («VIH»).

Bergmann (2012) señala que en España no se considera que los genes carguen con categorías sociales, sino que éstas devienen de la educación y la crianza. Considero que en Uruguay existe una tensión entre la idea de que los genes portan atributos sociales, que se manifiesta en el cuestionamiento de utilizar gametos de delincuentes como me decía un técnico que ya estaba por jubilarse en una entrevista para una investigación previa (Viera Cherro, 2015); pero que quienes practican estos procedimientos en la actualidad ponderan el nivel educativo, no por la convicción de que se transmita por herencia genética, sino porque es una garantía de comprensión y seguimiento de las conductas requeridas para los procedimientos. Por eso lo primero que hace quien realiza la selección de «donantes» de esperma es enviarle a la persona interesada un texto con los detalles de lo que involucra la provisión, buscando así evaluar su compromiso y capacidad de entendimiento.

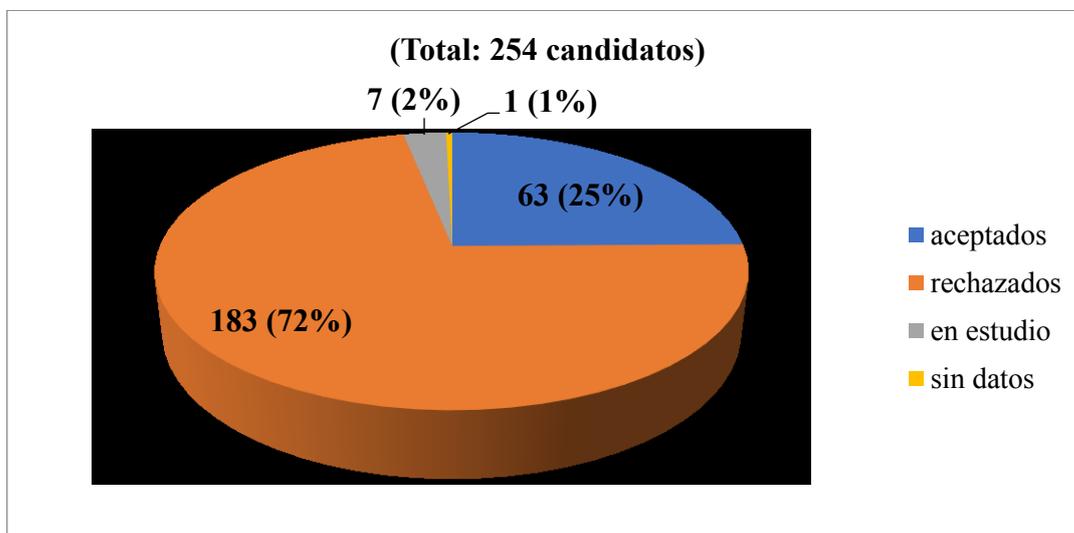
Lo que quiero enfatizar es que las características sociales que se buscan en las personas proveedoras de semen para la «donación» parecen explicarse en este contexto más por la necesidad de contar con «donantes» que entiendan y se comprometan debidamente con el proceso, que por considerar que los gametos cargan con atributos sociales. Esto se me hizo más claro, aún, al comparar la provisión de semen con la provisión de ovocitos, provisión en el cual el compromiso resulta más inestable que en la «donación» de semen. Por ello la «ovodonación» en paralelo, que analizo en el capítulo siguiente, resulta un

⁹⁴ En este caso se espera a tener una mujer o pareja receptora que pertenezca a la misma «raza» que quien se postula a la «donación». Como advertíamos, el destino que se dé o pueda dar al material, incidirá en la manera, cantidad y hasta en la posibilidad de su producción.

procedimiento mucho más seguro que la «donación» simple para asegurar el compromiso de quienes se disponen a la provisión de este gameto: porque la persona proveedora intercambia gametos por un tratamiento reproductivo para sí.

La posibilidad de discernir entre alguien confiable y alguien que no lo es, es una tarea que se adquiere en la práctica y que requiere del desarrollo de la empatía, según pude apreciar durante las observaciones en las instancias de primera entrevista con las personas candidatas a ingresar al Programa de Donación de Semen. Según cifras brindadas por el laboratorio, en los 27 años de funcionamiento del Banco de Semen ⁹⁵ se recibieron 254 candidatos, de los cuales 2% fueron rechazados en la primera instancia: la entrevista personal. También se rechazan personas candidatas en esa primera entrevista por tener antecedentes familiares –de hasta en tres generaciones-, de enfermedades genéticas o psicológicas; se consulta especialmente si hay familiares que se hayan suicidado.

Gráfico 3: Candidatos aceptados/rechazados para la provisión de esperma luego de la entrevista personal (1988-2015)



Elaboración personal en base a registros del Banco de Esperma

⁹⁵ El relevamiento de los datos del Banco de Semen se realizó en julio de 2015.

Biotecnologías, bioeconomías y neoliberalismo

Señalaba antes, en acuerdo con lo que plantea Pavone (2012), que la provisión de material reproductivo para su puesta en circulación se imbrica con una ideología neoliberal que apela a un sujeto y a prácticas económicamente racionales.

La posibilidad de preservar ovocitos, propiciada por los actuales desarrollos biotecnológicos en el campo reproductivo, abre por ejemplo una ventana de posibilidad para comportarse de forma racional buscando preservar material biológico propio para una maternidad futura. La idea de que las mujeres que desean postergar su maternidad deberían congelar ovocitos para el futuro, es aludida de forma constante por quienes practican la medicina reproductiva.⁹⁶

Me gustaría en lo que sigue profundizar en este nexo entre biotecnologías reproductivas, bioeconomías y neoliberalismo, a través del análisis de una situación puntual que se produjo en ocasión del trabajo de campo en uno de los Laboratorios *in vitro* (DdeC, 27-7-2016) y que me condujo a volver a pensar en las relaciones entre la racionalidad que rige a la empresa bioeconómica, la evaluación de la inversión de tiempo, dinero, trabajo, y la producción material y simbólica de los materiales biológicos, en este caso los embriones *in vitro*.

Esa mañana había ido una mujer con su pareja varón para el procedimiento de transferencia de embriones, cuando vino el especialista (ginecólogo) tratante y le dijo al equipo médico que la pareja no quería criopreservar embriones. La decisión de no criopreservar de la pareja resultaba incomprensible para el cuerpo técnico.

Uno de los técnicos me explica que es poco usual que las parejas no quieran criopreservar; si deciden no preservar no tendrán nuevas chances frente a un negativo en el examen de embarazo. Otra de las

⁹⁶ Mientras escribo esta tesis la empresa de comercio digital Mercado Libre Uruguay anuncia que se sumará a algunas empresas que hace varios años en el país están ofreciendo a sus empleadas la posibilidad de congelar sus ovocitos para retrasar su maternidad. Disponible en: <https://ideas.mercadolibre.com/cl/noticias/somos-la-primera-empresa-en-latinoamerica-en-ofrecer-financiamiento-para-la-preservacion-de-ovulos/> [Consultado el 25 de junio de 2019]

técnicas fue a conversar con la pareja para explicarles los alcances de su decisión, «¿Saben que eso no tiene vuelta atrás?», se preguntan.

La criopreservación de embriones comenzó a desarrollarse y utilizarse en animales de laboratorio para ser adaptada más tarde al laboratorio de fecundación *in vitro* por Jacques Testar (Veiga, 2011: 73). Testar y Bernard Hédon consiguieron que por primera vez mediante esta técnica naciera Amandine, el 24 de febrero de 1982 en el Hospital público Antoine Bécclère de Clarmart de París (Veiga, 2011).

Según explica la médica española de reconocida trayectoria en reproducción humana asistida, Anna Veiga, la criopreservación de embriones permite repetir un intento fallido. Por lo cual resulta poco razonable, según quienes trabajan en este campo y evidentemente también para quienes se asisten, no querer congelar embriones para futuros intentos. No querer congelar es «algo poco usual», me explica el técnico que se encarga de la recuperación de los ovocitos y de la realización de la fecundación propiamente dicha – reunir óvulo y espermatozoide cuando se trata de una ICSI o generar las condiciones para la fecundación en el caso de una *in vitro* convencional-.

Frente a la negativa de la pareja a congelar embriones se suscitó toda una discusión, «porque si deciden no preservar no tendrán nuevas chances frente a un negativo en el examen de embarazo», me decía la bióloga cuya tarea es cuidar a los embriones y seleccionar el o los más aptos para la transferencia (DdeC, 27-7-2016).

El médico tratante de la pareja no se explicaba las razones de esta negativa, decía que a veces las hormonas hacen cosas extrañas en la gente. Una de las técnicas fue a conversar con la pareja para explicarles el alcance de su decisión. Luego de charlar con la pareja la técnica volvió diciendo que no querían criopreservar para descartar, pero que estaban dispuestos a dar los embriones que no se transfirieran en lo que se denomina «embrioadopción»; se trataba además de un procedimiento con óvulos de terceros. Anoto esto último porque todo el personal que trabaja en estos procedimientos coincide en que

para las mujeres o parejas resulta más fácil dar embriones *in vitro* «en adopción» cuando se han utilizado gametos de terceros.

La discusión termina saldándose mediante la disposición de la pareja de criopreservar embriones para donarlos. Nótese que se denomina «donar» embriones, no dar en adopción; mientras que para quien los reciben se emplea el término «adoptar» embriones.

En otros países, el destino de estos embriones congelados podría ser también la «donación» para la investigación o su destrucción. Esto está legalmente permitido en España (Veiga, 2011); mientras en Uruguay está prohibida «(...) la investigación o experimentación científica con embriones generados para desarrollar embarazos con las técnicas de reproducción humana asistida (...)» (Cap. III, Art. 18, Ley 19.167). Estas múltiples posibilidades hablan del carácter plural del embrión en tanto actor sociomaterial (Franklin y Roberts, 2001).

Al conocer la intención eventual de dar en adopción los embriones «sobrantes» la técnica que dirige los procedimientos en el laboratorio *in vitro* insiste en que dejen constancia firmada de su intención. «Esto es algo que vienen pensando desde hace mucho tiempo, ahora tienen que tomar la decisión. Los deseos se piden en la» (DdeC, 27-7-2016). La reticencia de la pareja a congelar embriones obedecía a convicciones religiosas acerca del carácter de «vida humana» que para algunas personas posee esa materialidad biológica que se denomina embrión. Las palabras de la especialista buscaban remarcar la diferencia entre aquello que se puede pedir a la religión y aquello que se puede pedir a la ciencia, y las formas legítimas de hacerlo en cada ámbito: uno, al parecer, ámbito de los deseos, y otro el de las decisiones.

Esta oposición entre deseo y decisión me resulta interesante para pensar cómo se espera que las personas, en este caso pacientes, actúen en el campo de la reproducción humana asistida. En toda esta situación se apelaba a una toma de decisión de la pareja «a conciencia», en una concepción de sujeto racional y con capacidad de evaluar característico de una perspectiva liberal y moderna del sujeto (Brown, 2016).

El «evitar pérdidas» hace parte de lo que se considera la racionalidad del sujeto moderno, afín al espíritu del capitalismo y ceñido a los principios de la prudencia, el cálculo y la acumulación. Siguiendo el planteo de Weber sobre el vínculo entre este espíritu del capitalismo y la ética protestante, Rose (1999) va a argumentar acerca del vínculo entre «(...) la ética somática contemporánea y el espíritu del biocapitalismo»⁹⁷ (Rose, 1999: 8). La disposición a «donar», con el consecuente seguimiento de los modos adecuados de realizar el *trabajo clínico* que supone la provisión, debería ser explicada en el marco de esta ética somática que en términos de economía política habilita la producción de un *biovalor*.

La decisión de no congelar no es razonable en el marco de la ética somática de la bioeconomía. La posibilidad de reinsertar el bioartefacto embrión en un circuito de intercambio denominado «embrioadopción», que supondrá la ejecución de otros trabajos –selección de la mujer o pareja receptora del embrión, cuidado del embrión y posterior descongelado, preparación del útero para recibirlo y transferencia-, genera nuevos procesos de puesta en valor del material biológico que no habrían existido de no haber querido congelar embriones «sobrantes». No congelar es antieconómico.

Vemos así que lo «sobrante» no carece de valor en el marco de esta bioeconomía. De hecho, los embriones «sobrantes», que son los que en un primer o segundo intento se dejó congelados por descalificar frente a los que se evaluaban como más aptos, también pueden producir embarazos y nacimientos exitosos. Esto muestra que la evaluación técnica de qué constituye un buen embrión responde a criterios que luego pueden ser desdecidos en el transcurso de los procesos biológicos. Existe una aceptación por parte de quienes trabajan en estos procedimientos biotecnológicos de la imposibilidad de controlarlo y predecirlo todo.

Por eso también hay mujeres o parejas para quienes los embriones que en el marco del procedimiento y en un momento específico son catalogados de «sobrantes», son objetos de deseo y afectividad. Porque para estas mujeres o parejas estos embriones pueden

⁹⁷ «(...) between contemporary somatic ethics and the spirit of biocapitalism».

significar una futura vida, un futuro hijo/hija, mientras para otros pueden ser material biológico de desecho. Incluso para quienes en un comienzo podían significar una posibilidad futura de descendencia, pueden convertirse luego en material a desechar. Se trata de un estatus que no es esencial, y que por tanto deviene y se transforma en virtud de condiciones contextuales. Es lo mismo que puede suceder con un embrión *in útero*, que puede resultar de un embarazo deseado, pero querer, por diversas circunstancias, ser posteriormente abortado.

En el caso del embrión *in vitro*, el cuestionamiento acerca de su estatus surge cuando debe decidirse si congelar o si no congelar, o si desechar o no hacerlo; tiene, según Franklin y Roberts (2001) un carácter periférico, porque su estatus moral específico se cuestiona en este tipo de instancias, a pesar de estar habitualmente en el centro de las disputas morales y políticas. La única -pero no menor- diferencia con el proceso de aborto de un embrión *in útero* y el proceso de decidir no transferir un embrión *in vitro* es tener que hacerse cargo, económica y legalmente, de ese material biológico.

La tensión entre la vida y la muerte es producida, material y simbólicamente, de forma constante en el marco de los procedimientos de reproducción *in vitro*. La medicina reproductiva asume que para producir vida es necesario que muchos embriones sean materialmente sacrificados (Franklin y Roberts, 2001). En términos simbólicos, por su parte, se pivotea entre la producción de un vínculo afectivo que permita convertir a un embrión *in vitro* criopreservado por una persona o pareja en un embrión *in vitro* deseado por otra persona o pareja; o se busca generar un distanciamiento afectivo con respecto a los embriones y lo que estos pueden significar en términos de generación de una vida para que una persona o pareja se decida a «donarlos».

En el Laboratorio *in vitro* el vínculo simbólico entre embrión y vida se expresa en el modo ritual que se le da al momento de la transferencia de los embriones *in vitro*, momento en el que el proceder técnico cobra solemnidad y dramatismo (DdeC, 27-7-2016), como no ocurre con otros procedimientos como la recuperación de los ovocitos o la obtención del semen. «El ritual mediatiza la experiencia social, ofreciendo (...) un canon para medir el

valor» (Douglas, 1973:97). En este caso, valorizando la experiencia en términos de lo que es capaz de generar: una vida, una relación social, un bebé.

Los «sobrantes» son en cambio materiales biológicos que no están a priori vinculados a la vida, pero que eventualmente pueden estarlo. Son producidos en el marco de una bioeconomía que se rige por la sobreproducción, una sobreproducción que, a diferencia de lo que puede parecer a simple vista, es racional en términos económicos porque genera sobrantes que pueden habilitar nuevos procesos de acumulación de *biovalor*. Lo mismo que sucede con la sobreproducción de embriones *in vitro*, sucede con la sobreproducción de ovocitos a partir de la estimulación química para la ovulación. Desarrollo este argumento en el capítulo V.

La pérdida de la masculinidad (hegemónica): evidencias y temores

Referíamos antes a la excepcionalidad que se le atribuye al semen de «donación» en tanto característica construida en el contexto de los procedimientos biotecnológicos con objetivos reproductivos. Esta excepcionalidad se construye, además de con los requisitos producidos/demandados al semen de «donación», con argumentos como los dados por la técnica que evalúa a quienes se candidatean a la «donación» de semen, más allá de que tales argumentos tienen el propósito de no frustrar a estas personas candidatas. La técnica explica una y otra vez, en todas las primeras entrevistas de evaluación, que la mayoría de quienes se candidatean no llegan a tener un semen con el número de espermatozoides requeridos (DdeC, 0-9-2015). Para donar no alcanza con tener un semen normal; ese es el mensaje que se trasmite. Podemos decir que, así como se construye una idea del semen de «donación» como semen excepcional, se construye también la idea del «donante» como alguien excepcional (Ariza, 2016b), en tanto puede aportar un material que es difícil de encontrar, y además hace este aporte de manera altruista, es decir, que se trata de alguien que tiene la virtud de dar sin esperar retribución alguna.

Como veíamos en el gráfico 1, la razón principal para descartar a posibles donantes a partir de las pruebas de laboratorio, en el período que va de 1988 a 2015, fue el bajo

recuento espermático. «Cuando vienen ahora te acordás de los de antes y decís “¡que vuelva fulano de tal!”», decía una de las técnicas [refiriéndose a los donantes de antaño, que dejaban mejores muestras] (DdeC, 22-6-2016).

Si bien en los años en que lleva funcionando el Banco de Semen ha habido un solo caso de una persona que fue a donar semen y se enteró que su fertilidad podía estar en peligro por el bajo recuento espermático que tenía la muestra -un muchacho que, me informó el personal técnico, se controla una vez por año porque por ahora no está interesado en la paternidad y por tanto tampoco en congelar una muestra-, la broma del candidato a donante que se convierte en paciente es parte de la cotidianeidad de El Laboratorio.

Llevando este argumento a nuestro campo de indagación, podemos decir que existe un declive de la calidad de las muestras de semen pero que se produce por efecto de comparación/competición con lo que era el semen producido en décadas previas -Moore (2002) habla de cuatro décadas atrás-, que es referido no solo para Uruguay, sino que es algo de lo que se habla a nivel mundial, que se explica biológicamente en términos del impacto negativo de la crisis ambiental, pero que en lo social habla de una crisis de masculinidad.

Si «(...) ser un donante de esperma supone también corporalizar la masculinidad»⁹⁸ (Mohr, 2014: 163), en la manera en que se produce material y simbólicamente al semen de «donación» y se construye al «donante» de este gameto -en un procedimiento altamente sexualizado, aunque simbólicamente distanciado de la práctica sexual-, se disputan asimismo las maneras de entender y construir la masculinidad. Si la calidad del semen está en declive, la masculinidad también lo está, o por lo menos la masculinidad hegemónica, aquella representada en este contexto por el «donante de antaño».

El concepto de masculinidad hegemónica, propuesto por R. Connell (1997)⁹⁹ a partir del concepto gramsciano de hegemonía, no refiere a un varón hegemónico (Speer 2001, en Moore, 2002), sino a una matriz de análisis que permite ubicar de forma relacional las

⁹⁸ «(...) being a sperm donor is also about embodying masculinity».

⁹⁹ La edición original en la que propone el concepto es de 1995.

diversas maneras de vivenciar, representar, manifestar... los valores definidos como masculinos en una sociedad determinada y en un momento histórico específico; el espacio de la hegemonía representa el espacio socialmente más legitimado y valorado. La masculinidad, en la definición de Connell (1997), es un aspecto de una estructura mayor; un concepto que busca poner en relación formas del ser varón y mujer, «Los términos masculino y femenino apuntan más allá de las diferencias de sexo sobre cómo los hombres difieren entre ellos, y las mujeres entre ellas, en materia de género» (Connell, 1997: 33).

Podemos hablar así de la existencia de diversas masculinidades que se organizan en torno a la mayor o menor capacidad de aportar material fértil para la procreación.

En primer lugar, la masculinidad hegemónica. Ésta constituye un referente utópico -ya casi inexistente-y está asociada a un varón mítico: el «donante» de antaño.

Luego la masculinidad que representa el «donante» actual, que aporta un material biológico de excelencia, pero nunca como el del «donante» de antaño, es el proveedor real de las biotecnologías reproductivas en la actualidad.

Luego está la masculinidad del varón que está fuera del campo de las TRHA, que no es ni «donante» ni receptor. Este varón es como una sombra puesto que no se conoce, pero es una sombra que está en constante diálogo con la masculinidad que se construye en los procedimientos biotecnológicos.

Por último, la masculinidad de los varones que necesitan recibir semen de «donación» para su reproducción. Es una masculinidad fallida y temida. Representa el miedo constante en estos procedimientos de pasar de «donante» a paciente, un miedo que parece conjurarse a través de la ironía en El Laboratorio. El temor de pasar de la categoría de poder proveer, a tener que ser provisto. De tener una posesión (bio)valiosa, a tener que eventualmente invertir económicamente si se desea la reproducción.

Es claro que estas masculinidades están en constante diálogo, como propone Connell (1997), a través de procesos de diferenciación y asimilación, y que representan instancias simbólicas de referencia para significar a los varones reales y al material biológico que éstos pueden aportar.

La masculinidad fallida representa un temor constante porque hay una convicción, que en términos materiales está respaldada por la calidad de las actuales muestras de esperma que se entregan para el Banco, de que la sociedad está más feminizada. Así, mientras «(...) la infertilidad masculina se vincula a nociones en torno a la disfuncionalidad del esperma, la masculinidad fallida y la impotencia sexual» (Inhorn, 2017: 11)¹⁰⁰, y el varón donante con un esperma excepcionalmente fértil pareciera en principio ser la representación por excelencia de la masculinidad, el varón proveedor actual no es el mismo que el de antaño: es un varón que se encuentra más cerca de lo femenino.

Interpreto que esta idea de la mayor cercanía a lo femenino del varón «donante» se construye, además de por la disminución de la calidad de las muestras que puede aportar, también porque el uso creciente que se le da al semen de «donación» en el contexto uruguayo. La mayoría de la provisión de este gameto actualmente en Uruguay, recordemos, se destina a la reproducción de un parentesco que se aleja del parentesco hegemónico heterosexual: de cada cinco muestras de semen, cuatro están destinadas a parejas de lesbianas o mujeres sin pareja (Ent. Técnica, 12-3-2015).

Esto no es y no puede ser un problema para quienes «donan» semen. Desde el primer contacto con personal del Banco de Semen se les advierte que el destino de su muestra puede ser una pareja de mujeres o una mujer sin pareja y que, de no aceptar esta condición, no pueden participar del Programa. Para «donantes» como Lorenzo, esto es incluso uno de los motivos que lo llevó a incorporarse al Programa de Donación de Semen, según me explica,

100 «(...) man infertility raises cultural notions of dysfunctional sperm, failed masculinity, and sexual impotence».

(...) gente que se prepara, que lo quiere [se refiere a un hijo], que lo busca, no puede hacerlo, y vos tener la suerte de poder hacer una cosa que en realidad es tan mínima, porque lo único que involucra es ese acto, siento que es como un egoísmo que haya gente que no lo hiciera. (...) Pienso que es darle la oportunidad a alguien de lograr algo que quiere y no puede. Sobre todo porque pienso en eso de que se quiere y no puede, porque la homosexualidad es otra cosa. Yo pienso que los niños, y ahí tengo alguna diferencia generacional con mi madre, lo que piensan de la crianza, pienso que está bien lo de la imagen del padre, la madre, referente masculino, referente femenino, yo creo que va más por otro lado. (Entrevista con Lorenzo, 10/10/2016)

Los varones proveedores de semen siempre se han apropiado «(...) de formas de “trabajo corporal” previamente reservadas a las mujeres»¹⁰¹ (Gaudillière, 2004: 15), y disputado así el territorio de la reproducción, territorio feminizado. La diferencia actual estriba en que los proveedores de semen de antaño ocupaban este lugar, pero en nombre del varón; actualmente lo ocupan gran parte de las veces, en lugar de una mujer. Y si para «donantes» como Lorenzo esto es un aliciente más para ingresar al Programa, y para otros quizás es simplemente un dato sobre el destino de su muestra, para la manera de significar estos procedimientos supone un proceso de feminización.

Una imagen representativa de este varón «donante» actual es la del «donante» que traía las muestras adentro de su campera, a la altura del pecho, «la traía hasta con un rebozo», me comentó una de las técnicas del laboratorio de espermatología (DdeC 25-5-2016) convirtiendo a modo de metonimia la muestra de semen en un bebé y elaborando una imagen del donante como alguien capaz de «paternar».

Así, el «donante de semen» está más cerca de la feminidad de lo que un oteo superficial nos podría hacer suponer. El semen que representaba la masculinidad hegemónica (Connell, 1997), en términos de aquel con una capacidad fértil indudable, era el de antes. Pero esto no quiere decir tampoco que el varón donante sea un varón que se ha

¹⁰¹ «(...) l'occurrence de l'appropriation par un nombre croissant d'hommes de formes de 'travail du corps' jusque là réservée aux femmes».

feminizado; se acerca más que antes a lo femenino, porque además ocupa un lugar tradicionalmente femenino, el de la reproducción (Oudshroom, 2003; Grabino, 2014), pero sigue siendo el varón que aporta el esperma, y un esperma con capacidad de fecundar.

Otro cambio que habla de la maleabilidad que está cobrando el orden sexo-generizado en la provisión de semen, es que se acepta «donantes» homosexuales, lo que antes no se admitía. «Que sean homosexuales no quiere decir que no sean buenos donantes», me explicó una de las técnicas (DdeC, 18-4-2015) y agregó que incluso son mejores donantes. Actualmente hay dos «que funcionan bárbaro». El único problema, me explicó también (DdeC, 18-4-2015) es que quien recibe el material reproductivo acepte esa condición; por ahora no ha habido ningún rechazo. Si bien no es algo que deban saber, necesariamente, en la entrevista con la psicóloga ésta les pide a quienes proveen gametos que escriban una carta para las mujeres o parejas destinatarias, y a veces ese dato figura (DdeC, 18-4-2015). A veces es ella la que les lee la carta y elimina esa información.

Aunque la orientación sexual no sea un problema para el reclutamiento, el punto de partida es asumir que quienes proveen gametos son heterosexuales, y toda la normativa está escrita partiendo de esta convicción.¹⁰² La instancia clínica no puede pensarse exenta de los sentidos que constituyen la sexualidad hegemónica en nuestra sociedad, pero podemos aventurar que al mismo tiempo constituye, por la manera en que se simboliza el semen de «donación» y por el destino material que se le otorga, una instancia en la cual los sentidos hegemónicos de la masculinidad y la sexualidad están siendo interpelados. Incluso la antes inviable asociación entre homosexualidad y reproducción; las

102 En el consentimiento informado para la «donación» de semen se dice, por ejemplo: «Acepto informar, durante mi participación en el Programa de Donación de Semen, a Banco de Semen (...) cualquier cambio de mi estado de salud (especialmente infecciones urogenitales), cambio de pareja sexual, contacto sexual con persona de riesgo de enfermedad de transmisión sexual (incluyendo **mujer** desconocida)» (Énfasis agregado). Y más adelante en la misma hoja: «Me comprometo durante mi participación en el programa de Inseminación Artificial de Donante a tomar todas las medidas posibles para prevenir en mi persona las enfermedades de transmisión sexual y que oportunamente me fueron informadas, así como también me comprometo a no realizar conductas que puedan poner en riesgo la salud fetal (abuso de alcohol, consumo de drogas, manejo de productos tóxicos, aplicación de radio o quimioterapia, etc.) **de la misma forma que lo haría si estuviese buscando embarazar a mi cónyuge**». (Énfasis agregado) Disponible en: http://bancodegametos.com.uy/Consentimiento_donantes_semen.pdf [Consultado el 28 de julio de 2016]

biotecnologías reproductivas pueden, y lo hacen en el contexto uruguayo de forma creciente, producir parentesco homosexual, y los varones homosexuales pueden producir un material biológico en el que la capacidad fértil pasa a ser evidenciada y convertida en valor, valor simbólico, puesto que es un semen de excelencia frente a otros, y valor económico.

Así, el semen que se gestiona actualmente en el Banco de Semen para la «donación» muestra una distancia con aquel semen de referencia, el de antaño. Ilustra otras maneras de corporizar la masculinidad, maneras que se apartan en algún punto de la masculinidad hegemónica tradicional, pero que en términos simbólicos siguen presentando a un varón, heterosexual, hiperfértil. Se trata de un varón que puede ser homosexual, pero que es mejor que esta condición no sea muy visible, que está pensado desde la normativa como un varón heterosexual, y que, más allá de que la calidad del semen haya decaído, el material que puede aportar sigue siendo el que cumple con las mejores condiciones, por lo menos en el contexto actual, para la fecundación y la reproducción. La maleabilidad de la norma no confronta así en todos sus términos a la masculinidad hegemónica, sino que lo que fundamentalmente permite es ampliar el rango de biodisponibilidad para la provisión de semen, de forma también de dar respuesta a la creciente demanda de este material biológico.

CAPÍTULO V

GÉNERO y ECONOMÍA POLÍTICA en la PRODUCCIÓN de OVOCITOS de DONACIÓN

Todos los meses espero la sangre con temor, porque si aparece representa un fracaso. Otra vez he fracasado en el intento de satisfacer las expectativas de los demás, que han acabado por convertirse en las mías (Atwood, 2017:115)

En este capítulo analizo la producción de ovocitos como una producción atravesada por dinámicas de género. Igual que sucede con la producción del semen, estas dinámicas operan en una dimensión simbólica, en lo que hace a las ideas que en torno a lo femenino -o las feminidades-, se ponen en juego en la producción del ovocito para las TRHA, y en la dimensión económico-política, relativa al diálogo entre la dimensión simbólica y las relaciones de producción e intercambio involucradas en la generación de esa materialidad biológica propiamente dicha.

A partir del análisis advierto que la biodisponibilidad de personas para la producción de ovocitos para la «donación» resulta de condiciones socioeconómicas de desigualdad entre quienes reciben estos ovocitos y quienes pueden ser proveedoras de este material reproductivo, desigualdad que resulta especialmente funcional al sistema mixto de «donación» de ovocitos. Argumento, también, que la forma en que se instrumenta la provisión de ovocitos en Uruguay profundiza los costos sanitarios de la «donación».

Producir ovocitos en una *economía espermática*

El uso de óvulos de terceras personas en intervenciones biotecnológicas con objetivos reproductivos es mucho más reciente que el uso de esperma. Ello deriva de dificultades técnicas relativas a la mayor complejidad para obtener y manipular los óvulos en comparación al semen. Los primeros intentos de usar ovocitos de «donación» se

realizaron en 1980 (Jaeger, 1995; en Cortiñas, 2001) pero diferían mucho del procedimiento actual. Se inseminaba a la persona donante con semen del varón de la pareja receptora y a la semana de la inseminación se le practicaba un lavado de la cavidad uterina para, con el líquido obtenido, inseminar a la receptora. En 1985 se obtuvo dos embarazos mediante esta técnica, a pesar de la poca fiabilidad que presentaba. Pero ya a fines de esa década, y con los procedimientos de fecundación *in vitro* afianzados, comenzó a obtenerse y usarse óvulos de «donante» para conseguir un embrión extracorporal que luego pudiera implantarse.

Aunque el contexto actual permite mejores posibilidades técnicas, siguen existiendo dos limitantes importantes para el acceso a ovocitos de terceras personas. Una es de índole técnica y refiere a la dificultad de obtener ovocitos en buenas condiciones luego del procedimiento de congelado y descongelado. Cuando el ovocito se congela se pueden formar cristales de hielo que luego se rompen en la fase de calentamiento, estropeando el material biológico. Por eso actualmente se utiliza la vitrificación, que es un método de congelado rápido que evita la formación de cristales. «Los problemas técnicos más importantes de la vitrificación son conseguir tasas más rápidas de enfriamiento y determinar la máxima concentración posible de crioprotector que no resulte tóxica para la célula» (Molina et. al., 2004: 177). El primer nacimiento en el que se usó un óvulo que había pasado por la instancia de congelamiento fue informado en 1986 (Lockwood, 2011; en Inhorn, 2017).

Debido a esta dificultad técnica, los ovocitos para TRHA-D se utilizan mayormente «frescos» (sin criopreservar) reservándose la criopreservación para los casos de aquellas mujeres que quieren preservar sus propios óvulos para futuras intervenciones, sea por estar atravesando tratamientos médicos que podrían alterar la calidad de los ovocitos (habitualmente tratamientos oncológicos), o para tener oportunidad de una maternidad biológica luego de haber culminado sus estudios o desarrollado una carrera profesional. Este uso, señala Inhorn (2017), ha resultado revolucionario en cuando ha evidenciado las tensiones existentes para congeniar vida profesional y maternidad, así como el sesgo patriarcal que aún persiste en estas sociedades con frases del tipo «las mujeres pretenden

tenerlo todo» (Hewlett, 2002; Sandberg, 2013; Slaughter, 2012; Spar, 2013; en Inhorn, 2017).

Como los ovocitos generados para TRHA-D se utilizan frescos, se hace necesaria la coordinación de los ciclos biológicos entre «donante» y receptora, lo que en algunos países supone el traslado transfronterizo de alguna de estas personas, configurando lo que se ha dado en llamar, según se enfatice o no las desigualdades que esta movilidad implica -y a lo cual nos hemos referido en capítulos previos-, «turismo reproductivo», «migración reproductiva» (Nahman, 2011b) o «cadena mundial del trabajo reproductivo» (Tain, 2013).

El otro problema del uso de ovocitos de terceras personas en procedimientos de inseminación de alta complejidad es de índole práctica y despierta interrogantes éticas: conseguir personas dispuestas a realizar el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) de producir ovocitos para ponerlos en circulación, con las implicancias que este tipo de trabajo supone en el contexto de lo que se ha definido como una *economía espermática* (Barker-Benfield, en Raymond, 1995: xxvi).

Lo que quiero sostener aquí, siguiendo la idea que expone Raymond (1995), es que los ovocitos que se producen en el contexto de las TRHA, ya sea para uso propio o para poner en circulación, están regidos por consideraciones de género y de economía política que buscan hacer funcionar al cuerpo femenino del mismo modo que el masculino para la producción de material biológico. Tales consideraciones asimilan el cuerpo femenino al masculino y, mediante esta operación simbólica, permiten generar una sobreproducción de ovocitos que habilita, como analizábamos para la situación de los embriones «sobrantes», lidiar con las pérdidas que supone en sí mismo el proceso biotecnológico, al tiempo que producir nuevas instancias para la producción de biovalor.

La producción de ovocitos para «donación» está así material y simbólicamente regida por esta economía espermática que es producida en el marco de las interrelaciones entre género, biotecnologías y bioeconomías reproductivas.

El *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) de producción de ovocitos en esta economía espermática comienza con un proceso de estimulación hormonal química para llevar a los ovarios a producir un número mucho mayor de folículos ováricos que los que produciría en un ciclo no intervenido químicamente. Un solo ovocito es insuficiente para las biotecnologías reproductivas y poco rentable para las bioeconomías que éstas configuran. La idea de no hormonizar y utilizar solo el ovocito que produce naturalmente el cuerpo femenino, mes a mes, rompe con la racionalidad económica que orienta el proceder en el campo de las biotecnologías reproductivas; se asimila a lo absurdo que supone no criopreservar embriones, como analizábamos en el capítulo anterior.

Llevar en cambio el cuerpo femenino y la producción de ovocitos a una economía espermática supone, además de tratarlos como los espermatozoides, como un material definido por el exceso (Laborie, 1999; en Tamanini, 2009), generar una sobreproducción que redunde en nuevas oportunidades de producción de biovalor. Los ovocitos que se recuperan, pero no se utilizan, pueden criopreservarse para uso futuro de la mujer o pareja, o pueden ponerse a circular, convirtiéndose en ovocitos «donados».

Así, no se trata únicamente de buscar contar con material biológico en exceso como modo de gestionar la pérdida, es decir, de evitar la clausura de una intervención prevista con todo lo que ello implica en términos de costos económicos (ecografías, medicamentos...), de tiempo de las personas, de pérdida de todo un proceso de hormonización, porque se pasa el momento biológicamente idóneo para puncionar el óvulo y recuperar los ovocitos; de impacto en la subjetividad de la mujer o pareja que está transitando una intervención *in vitro*... Sino que se trata también de una sobreproducción que puede habilitar nuevos procesos de acumulación.

Otro aspecto crítico de este modelo de intervención es la especialización de la mujer, en el marco de esta economía, para la procreación. Ello se traduce en términos materiales y en el marco de una empresa neoliberal (Rose, 1999) en un aprovechamiento al máximo del cuerpo femenino en tanto cuerpo reproductivo (Tain, 2013); la hiperestimulación hormonal es una vía para este máximo aprovechamiento. Este aspecto se conecta, asimismo, con lo que antes advertíamos en el análisis de la provisión de esperma: mientras

para la «donación» de esperma hay una limitante vinculada a la calidad del material biológico como algo sobre lo cual las biotecnologías reproductivas no tienen incidencia, en el caso de la provisión de ovocitos, en tanto el material biológico «se produce», no «se evalúa», las biotecnologías pueden producir personas aptas para «donar» ovocitos. Cualquier persona que pase con éxito los exámenes psico-genéticos y tenga capacidad ovulatoria, puede convertirse en «donante». Esto genera mayores condiciones de *biodisponibilidad* para la provisión de óvulos en comparación con la provisión de semen.

Esta diferencia en la valoración del material reproductivo femenino o masculino en el campo de las biotecnologías reproductivas es lo que hace significativa la distinción entre el semen para uso propio y el semen de «donación», al tiempo que impropio la que podría realizarse entre ovocitos propios y para «donación». Me percaté de esto durante el trabajo de campo en uno de los Laboratorios *in vitro* (DdeC, 3-2018), cuando al entrar una mujer al quirófano para la recuperación de folículos le pregunté a las técnicas que estaban (instrumentista ayudante y anestésista) si la mujer era «donante» o «paciente», y me contestaron que no sabían. «Pensé que para ellas, para su trabajo, en realidad el destino de esos ovocitos no es relevante» (DdeC, 3-6-2018).

Incluso una «donante» que aporte pocos óvulos puede ser considerada una *buena donante*. Según me explicó una de las técnicas que está al frente del Programa Ovodona, algunas mujeres, luego de ser estimuladas con hormonas para la ovulación, pueden tener una baja repuesta, pudiéndose recuperar menos ovocitos de los habituales (el ideal está por encima de los 20). En esos casos se reparten los ovocitos entre las receptoras. Pero puede ocurrir también a la inversa: que de una «donante» se recuperen más de 12 ovocitos y sin embargo se utilice solo dos, porque la receptora o el especialista decide que no quiere compartir ovocitos. En algunas ocasiones esto depende «(...) de cómo le gusta trabajar al especialista» (Ent., 17-3-2015). Este uso no modifica la estimulación, sino que lo que hace es eventualmente producir ovocitos «sobrantes» que podrán congelarse como tales para ser utilizados en futuras inseminaciones *in vitro*, o, lo que es más corriente, usarse para producir embriones *in vitro* que serán congelados también para la mujer o pareja que asumirá los costos de su mantenimiento y eventualmente usará para una intervención propia o dispondrá para su «donación».

Es decir, que la estimulación hormonal que se practique a la mujer no está directamente vinculada al modo en que esa mujer responde a la estimulación -puede haber un ajuste en la medicación en virtud del monitoreo de la respuesta-, ni al uso que se haga de los ovocitos recuperados, sino que la estimulación está estandarizada y en caso de existencia de sobreproducción, al darse los ovocitos recuperados a una sola destinataria, simplemente lo que se genera son nuevas oportunidades para la acumulación.

Quisiera advertir con esto acerca de la existencia de un objetivo de acumulación económica que trasciende la reproducción como objetivo explícito de las biotecnologías reproductivas y que, básicamente, se sirve del cuerpo femenino.

El último aspecto que caracteriza la *economía espermática* es la asimilación de los procesos biológicos masculinos y femeninos, haciendo que se pierda la especificidad de cada uno de ellos, sobre todo los costos diferenciales de la provisión de uno y otro material.

Llevar el trabajo de producción de ovocitos a una *economía espermática* supone instancias altamente medicalizadas para quien realiza ese *trabajo clínico*, además de posibles riesgos para la salud: molestias físicas derivadas del consumo de hormonas en la mayoría de los casos (dolor de cabeza, hipersensibilidad, inflamación de la zona abdominal, entre otras), efectos de la hormonización sobre la salud y el bienestar general que suelen minimizarse (Álvarez Plaza, 2015b), hasta, en casos más excepcionales, torsión del ovario y necesidad de extracción quirúrgica del mismo, o laceración del intestino por una mala praxis durante la punción del ovario para obtener los ovocitos. «A las donantes les hacemos de todo», reconocía una de las especialistas durante el trabajo de campo en uno de los Laboratorios *in vitro* (DdeC, 6-3-2018).

En el caso del Programa de Ovodonación que gestiona El Laboratorio, si bien se gestó a partir de la experiencia del de «donación» de semen, la técnica que está a cargo de parte de los procedimientos para la provisión de óvulos se refería a las diferencias que implica, a nivel corporal, obtener uno y otro material,

Teníamos la experiencia de los donantes de semen. Entonces ya más o menos el tema del banco de donantes lo teníamos un poco aceitado. Pero obviamente es distinto pensar en la participación del hombre en la donación de todo lo que implica en la mujer la donación por todos los métodos, la estimulación, y el método invasivo de recolección de óvulos. Eso también era lo que había llevado la diferencia en tiempo entre un banco y otro. (Ent. Técnica, 17-3-2015)

También pueden existir riesgos durante la punción folicular

(...) aunque de muy baja frecuencia son: hemorragia por lesión de la pared vaginal, infección pelviana (absceso tubo-ovárico), sangrado ovárico y lesiones de estructuras vecinas (intestino, vejiga, uréter, paquete vascular, entre otros). Algunas de estas complicaciones pueden requerir de cirugía mayor inmediatamente o tiempo después. Puede suceder que tras la aspiración folicular no se encuentren ovocitos (recuperación negativa) lo que naturalmente obliga a la cancelación del ciclo. (Consentimiento Informado, Programa DonaOvo)¹⁰³

La «aspiración» de los folículos se realiza mediante una anestesia general de corta duración que, se explica a quienes donan, busca «sacar de ambiente». El procedimiento de extracción es muy rápido, de unos 15 o 20 minutos. De todas maneras, el día que se realiza la recuperación de ovocitos las donantes deben permanecer a quietud porque existe riesgo de *torsión del folículo ovárico*, suceso que requiere intervención quirúrgica para que no se pierda el ovario (Ent, Técnico 5-8-2015).

Bergmann (2012) llama la atención por las palabras utilizadas para recuperar los ovocitos «colectar», «aspirar», términos que no da real cuenta de lo lesivo del procedimiento. Es verdad, por otra parte, que «(...) viendo el procedimiento en el monitor ecográfico realmente se comprende por qué se le llama “aspiración”» (DdeC, 6-3-2018).

Existen también riesgos relacionados al procedimiento de provisión de ovocitos en el largo plazo. «Estudios retrospectivos muestran la aparición de una asociación frecuente

¹⁰³ Disponible en: http://bancodegametos.com.uy/Consentimiento_donantes_ovulos.pdf [Consultado el 28 de julio de 2016]

entre diversos tumores malignos y el uso de agentes inductores de la ovulación (...)»¹⁰⁴ (Ahuja et al., 1997; Ahuja and Simons, 1998; en Ahuja, Simons y Edwards, 1999: 279). También existen otros posibles riesgos que no se han estudiado en profundidad. Estos incluyen problemas en la función renal, hepática, respiratoria y hematológica (Álvarez Plaza, 2008). En el consentimiento informado para la provisión de ovocitos de OvoDona se señala la ausencia de una completa evaluación sobre estas posibles consecuencias. Sin embargo, se afirma a continuación, «(...) no habría efecto negativo sobre la fertilidad posterior ni sobre el estado de salud general».¹⁰⁵ En las conversaciones con quienes se candidatean como «donantes» se enfatiza, además, que quienes están a cargo del procedimiento son técnicos con amplia experiencia y que la ocurrencia de complicaciones, sobre todo aquellas que podrían resultar de una mala praxis médica, como la perforación del intestino, son poco frecuentes (DdeC, 13-4-2016)

Al firmar la persona proveedora un consentimiento informado, se le traslada a ella la responsabilidad de las prácticas médicas y de las decisiones del personal técnico (Corrigan, 2003) y por supuesto de las posibles consecuencias de éstas. Pero además se entiende que la persona «donante» puede asumir tal responsabilidad porque el consentimiento informado la convierte en libre y autónoma para decidir si participar o no de un Programa de Donación, en este caso de gametos. A partir del consentimiento informado se asume que no existe coersión para la «donación».

Si bien existe una distancia ética insoslayable entre obtener material biológico por medio del engaño o la fuerza, o hacerlo con consentimiento de la persona, el consentimiento no elimina, sin embargo, los condicionamientos que puedan estar operando para que la persona se disponga, en este caso, a la provisión de material reproductivo. Al abstraerse las condiciones sociales y clínicas para la toma de decisión el consentimiento se convierte en un acto neutral (Corrigan, 2003) que privilegia un sentido individual de la libertad en consonancia con la ideología occidental neoliberal (Raymond, Rose, 1999; Corrigan,

¹⁰⁴ «Retrospective studies and case reports concerning the association between ovulation inducing agents and a variety of malignant tumors have begun to appear with regularity (...)».

¹⁰⁵ Disponible en: http://banco degametos.com.uy/Consentimiento_donantes_ovulos.pdf [Consultado el 28 de julio de 2016]

2003) que sigue un modelo racional de la toma de decisión al que referíamos cuando el análisis de la sobreproducción de embriones *in vitro*.

Entiendo además que al asumirse que el consentimiento informado garantiza la ausencia de coersión, se claudica del análisis crítico de los condicionamientos que puedan estar operando para disponer a la persona a la «donación».

Corrigan (2003) e Ikemoto (2009) señalan que el consentimiento informado hace parte del paradigma neoliberal, porque concibe el accionar de las personas como accionar voluntario. Si el mercado me proporciona gametos de otras personas, ¿por qué debería negarme a esta posibilidad? Si puedo aportar gametos a cambio de una compensación monetaria, ¿por qué no hacerlo? Laura, una de las candidatas a «donación» con las que conversé y que luego no pudo continuar con el proceso porque se embarazó, me decía: «Si pierdo un óvulo todos los meses, ¿por qué no donarlo?».

Esta idea, sin embargo, obvia el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) que insume el acto de «donar» en el marco de una *economía espermática*. Al homologar a los ovocitos resultantes de un proceso ovulatorio no mediado por la tecnología con un bien para el intercambio, se está obviando las condiciones técnicas, económicas, políticas, que hacen de este material un producto intercambiable: *¿cuál es la economía política que orienta este intercambio?* Podemos decir, en principio, que el semen para «donación» no constituye una mercancía, puesto que no es producido para la venta; sin embargo, como advierte Polanyi (2007) existen otras mercancías, las que él define como *mercancías ficticias* que son elementos materiales que tampoco son producidos para la venta pero que se incorporan a procesos mercantiles, de intercambio económico. Polanyi menciona: el trabajo, que se convierte en salario; la tierra, que se transforma en renta; y el dinero, que habilita producir interés. Entiendo que los gametos en el contexto provisión actual en Uruguay pueden considerarse una *mercancía ficticia*; en otros contextos con directamente mercancías, producidas, vendidas y compradas en mercados nacionales e internacionales.

La compra y venta de esperma tiene un peso nada despreciable en la economía internacional, alcanzando ingresos de cien millones de dólares anuales (Tamanini, 2015).

En este mercado, Estados Unidos se comporta como el país que más exporta este material, siendo proveedor de sesenta países. En ese país está además el California Cryobanck, el mayor banco de esperma del mundo.

La producción de personas *biodisponibles* para la provisión de ovocitos

Señalábamos en el capítulo II, que existen tres Programas de Ovodonación en Uruguay. Si bien se trata de Programas gestionados por privados, a ellos se acude cuando es necesario recurrir a ovocitos de «donación» para procedimientos *in vitro*, tanto sean éstos pagados de forma totalmente privada o mediante el co-pago previsto por la Ley 19.167.

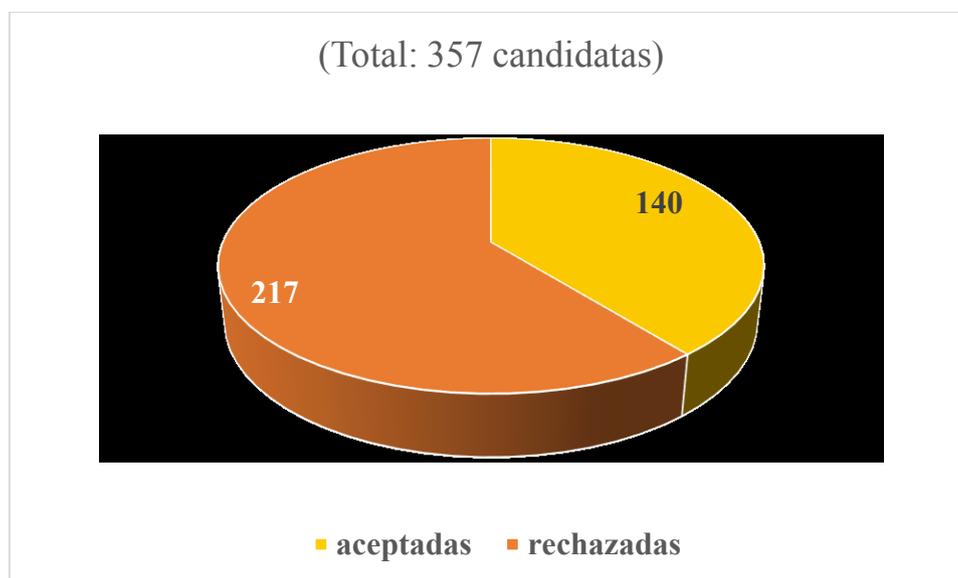
El Programa que gestiona El Laboratorio, provee de óvulos a varias clínicas que trabajan de forma conjunta. Cada especialista tiene su consultorio y allí llegan las parejas para realizarse una intervención de baja o alta complejidad –recordemos que la utilización de óvulos de terceros solo es posible en la alta complejidad o *in vitro*- y en algunos casos, candidatas a «donación» de óvulos. Pero en El Laboratorio se comienza formalmente el proceso para la «donación» con una primera entrevista, mucho menos extensa que la que se realiza para quienes se candidatean a la provisión de semen, ya que la entrevista en la que se rastrean antecedentes familiares de enfermedades y se explica el procedimiento de «donación» en el caso del *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) de provisión de óvulos la realiza un técnico-ginecólogo que pertenece a la institución, pero tiene su consultorio fuera de El Laboratorio.¹⁰⁶ Allí se les explica a quienes se candidatean en qué consiste todo el procedimiento, qué se espera de una «donante» y cuál es el monto económico con el que se compensa las molestias relativas al procedimiento. La mayoría de las personas suelen desistir después de informarse de los pormenores del procedimiento (Ent., Técnico, 5-8-2015).

De marzo de 2003 a diciembre de 2015, el Programa de Donación de Ovocitos que gestiona El Laboratorio recibió 357 personas candidatas, de las cuales 140 efectivamente

¹⁰⁶ Importa señalar que no pudo realizarse observación en las instancias ginecológicas porque el especialista se negó argumentando sobre la necesidad de garantizar el anonimato.

fueron aceptadas. Las que se anotan como rechazadas son en su mayoría mujeres que abandonan el proceso en las primeras instancias de evaluación.

Gráfico 4: Candidatas a donación de óvulos (marzo de 2003-diciembre de 2015)



Elaboración propia en base a datos del Programa OvoDona

Los números manejados por el Programa OvoDona de la relación entre candidatas aceptadas y rechazadas no dice tampoco sobre cuántas de las personas aceptadas completaron efectivamente el proceso de «donación», es decir que luego de las instancias de evaluación realizaron todo el proceso de hormonización y posterior punción. Lo único que podemos decir, con certeza, es que en un período de 12 años se recibió un promedio de 18 candidatas por año, de las cuales fueron aceptadas 11: aproximadamente 1 por mes.

Esto habla, por una parte, de la ausencia de cifras que permitan dimensionar cabalmente el fenómeno de la provisión de ovocitos para la «donación», a pesar de la existencia de una normativa específica que prevé el seguimiento y contralor de esta provisión. Esta ausencia de datos se complejiza con el hecho de que, como analizo más adelante, la provisión de ovocitos de «donación» no ingresa siempre por los canales institucionales, por los denominados Programas.

Las cifras dicen también acerca de la dificultad de obtener ovocitos para la «donación».

Parte de la tarea del Programa Ovodona ha sido aumentar esa provisión mediante la «captación» de donantes; informar despertando este interés en determinadas personas que se ajusten al perfil que busca OvoDona. Esta captación se realiza de dos maneras: mediante publicidad o a través de otras personas que ya han «donado», que han recibido ovocitos de terceros o que necesitan de este material biológico para un tratamiento de alta complejidad. En este último caso la «donación» no puede ser para la persona o pareja que consigue quien «done» ovocitos, porque el principio de anonimato entre donante y receptor/a lo impide, pero conseguir «donante» le permite «subir» en la lista de espera (Ent. Técnica, 12-9-2016). El principio del anonimato exige la existencia de una instancia, en este caso institucional, que reciba el material reproductivo que porta una identidad y lo redistribuya despojado de la misma. Lo mismo que sucede con la provisión de semen, sucede con la de ovocitos, ya que ambas provisiones deben ser anónimas.

La profesionalización en la manera de captar donantes, sobre todo a partir de la publicidad, supuso un cambio en el perfil; antes se acercaban mujeres que ya eran madres, que no tenían necesariamente estudios universitarios, y que se interesaban por la «donación» sensibilizadas por alguna situación cercana (Ent. Técnica, 17-3-2015). Ahora se apunta, preferentemente, a personas con formación universitaria.

Por eso la publicidad está segmentada, esto significa que está dirigida especialmente a personas jóvenes y con dicho perfil. Se realiza a través de redes sociales como Facebook y Twiter, que son de habitual acceso para este segmento etéreo, y los avisos conducen a una página web que se puede visitar en cualquier momento y por cualquier persona en la que figura información relevante sobre el Programa y un correo electrónico de contacto. Esta información en el sitio web del Banco de Gametos no solo busca captar personas dispuestas a dar parte de su material biológico, sino también mostrar, a quienes recurren a ovocitos y esperma de terceros «(...) que hay ciertos cuidados [en la selección de los y las “donantes”]» (Ent., 10-8-2015).

En la página web se enfatiza frases como «(...) tu donación vale», seguida de información acerca del porcentaje de parejas que necesitan de gametos de donación para poder tener hijos y de los beneficios que supone, para quien dona, integrarse al Programa.

El modo en que se presentan ambas «donaciones» en la publicidad de Internet equipara la provisión de ovocitos a la provisión de semen. Además de incluirse ambas bajo el rótulo común de «Banco de Gametos», las imágenes y el texto informativo está organizado de la misma forma, no existe algo que indique que la provisión de ovocitos supone un trabajo y un riesgo que no está presente en la provisión de esperma. En el texto que acompaña ambas fotos el «riesgo de la donación» aparece como una información subsidiaria. Para la «donación» de ovocitos el riesgo se describe de la siguiente forma,

Es una práctica en general bien tolerada por las donantes. Aunque raras, pueden presentarse algunas complicaciones. En la entrevista profesional y el consentimiento informado te serán explicadas.

Las consecuencias a largo plazo no están completamente evaluadas y no habría efecto negativo sobre la fertilidad posterior ni sobre el estado de salud general. La donación de óvulos no compromete la futura fertilidad de la donante.

La prueba más contundente de la seguridad del proceso es que la mayoría de las donantes suelen participar más de una vez del programa. (www.bancodegametos.com.uy)

La publicidad la realiza una agencia «(...) de forma altruista», me explica una de las encargadas de la campaña (Ent., Técnica 10-8-2015) como retribución de una de las personas que está al frente de la agencia por la ayuda que obtuvo de la medicina reproductiva al momento de encontrarse con dificultades en su intento de tener descendencia.

Igual que con la evaluación de quienes pueden realizar el trabajo de provisión de esperma, «medir» la confiabilidad de quienes se candidatean al *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) de provisión de ovocitos es crucial para no tener pérdidas en el proceso, quizás más crucial que para el caso del esperma, porque se invierten muchos más recursos –costos de

medicación y de personal de enfermería y ecografistas- en la producción de ovocitos que en la producción de esperma. A esto se suma que, al transferirse los ovocitos frescos, hay todo un trabajo de preparación de otra persona para recibir el embrión *in vitro* resultante de la fecundación de esos ovocitos de «donación» con esperma de la pareja de la receptora o de un tercero.

Uno de los técnicos que trabaja con quienes realizan el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) para la provisión de ovocitos me explicaba algunas de las complejidades de este procedimiento,

Técnico: Esto requiere mucho compromiso y responsabilidad. Porque tu tenés que venir los días que vos dijiste, a la hora que vos dijiste. De repente es un domingo a las 11 de la mañana y tú le decís que venga a hacerse una ecografía, y de repente es la única ecografía que hay y vos le dijiste al ecografista que venga esa mañana y 11 y cuarto te llama y te dice «no vino» y no te contesta el teléfono, o te dice «me quedé dormida».

Entrevistadora: ¿Ahí directamente la descartan?

Técnico: No, si está en el medio del programa ahí directamente buscás la solución para eso. En cambio, si vos ves que es una persona que es mucho más responsable «me atrasé, porque me pasó tal cosa». Yo siempre les digo «cualquier cosa que pase, no la oculten. Porque si yo sé las cosas yo las puedo solucionar, pero si no las sé». De repente tu tenés que darte/ hay una inyección que se da 36 horas antes de la aspiración, y en general se da a las 9 o 10 de la noche. (...) la mayoría de las inyecciones las damos acá, pero esa como es a la noche no. Y si esa inyección no te la das, fracasa todo. ¿Qué te puede pasar? Que se te caiga. Llamás y me decís «no me la di porque se me cayó», no importa, yo puedo pasar un día más, tratar de manejarlo, pero no voy a ir a aspirar y encontrarme que no saco ni un óvulo, a pesar de que tengo todos folículos perfectos, y una dosificación de estrógeno perfecta, pero no saco óvulos, ¿por qué? Porque no se produjo la maduración final de los óvulos por esa inyección. (Ent. Técnico, 5-8-2015)

El otro Programa de Ovodonación en el que hice trabajo de campo, realiza, a diferencia del Programa de Donación de Óvulos que gestiona El Laboratorio, tanto lo que se denomina «donación simple» como «donación mixta». El Laboratorio solo realiza «donación simple».

Una de las ventajas de la «donación mixta», según me explicaba una de las especialistas que la práctica, es que elude -podríamos decir-, el problema de la confianza en la persona «donante». Esto no es menor si consideramos, según lo expuesto, que uno de los mayores desafíos y una de las condiciones más relevantes para que las intervenciones puedan efectivamente llevarse a término es conseguir personas «donantes» confiables. En la provisión mixta, la «donante» resulta desde el inicio más confiable porque está comprometida con su propio tratamiento y con lo que éste involucra,

(...) es una paciente más confiable en los datos que nos aporta, más rigurosa al momento de seguir la medicación y de los controles que tiene que hacer porque su objetivo es diferente. La paciente que solo viene a donar [se refiere a la «donante simple»], el objetivo seguramente es el tema económico, porque se le da un viático, que eso nos autorizaron a hacerlo. No es una paciente consciente, como la otra, porque no todas, pero muchas no siguen a rajatabla el tratamiento, hay que andarla persiguiendo. (Ent. Técnica, 12-9-2016)

De las cuatro personas con las que pude conversar que se habían presentado como candidatas al Programa OvoDona, una estaba reconsiderando la «donación» luego de conocer en detalle lo que implicaba en términos corporales. Esta persona vivía de una empresa de estética de la que era dueña con una socia. Otra de las entrevistadas seguía considerando la posibilidad de realizar el trabajo para la provisión de ovocitos, pero luego desistió porque se fue de Montevideo; se dedicaba a realizar masajes y a algunas actividades vinculadas a la estética, pero en ese momento estaba sin un trabajo estable, solo obtenía ingresos de actividades esporádicas. La tercera tuvo que abandonar el Programa, luego de cumplir con las primeras instancias de entrevista, porque se embarazó. Esta persona trabajaba realizando tareas administrativas en una empresa.

La cuarta entrevistada efectivamente «donó», en cinco oportunidades -aunque le ofrecieron «donar» una sexta vez-, para la misma clínica, entre mayo de 2016 y febrero de 2018.

(...) la muchacha que nos atendía me dijo que, como mis óvulos andaban bien, prosperaban, por eso me preguntó si lo quería hacer de nuevo. (...) hasta 6 [donaciones] no hay peligro, ta el médico dijo que es mejor cinco, que no tenés ningún riesgo a futuro (Ent. Clara, 2-4-2018).

La entrevistada, a quien doy el nombre de Clara, es oriunda de Rivera, un departamento en el Norte del país, fronterizo con Brasil. Es estudiante universitaria avanzada de una carrera del área social de la Universidad de la República¹⁰⁷. Actualmente alquilan con su hermana en un departamento muy modesto –allí le realicé la entrevista- en Montevideo para poder estudiar. El primer año y medio, cuando se vino a estudiar a la capital del país, vivió en un hogar estudiantil. Su padre es policía y su madre tiene un carro de venta de comida en Rivera. Son cinco hermanos. Ella recibió una beca del Fondo de Bienestar Universitario¹⁰⁸ y ahora no la recibe más porque alterna el estudio con un trabajo a medio tiempo en la boletería de un teatro. Su hermana, que también fue «donante», continuaba cobrando la Beca.

En la entrevista Clara me contó que se enteró que podía ser «donante» de óvulos a partir del relato de una pareja de amigos de un amigo, que necesitaban ovocitos para poder ser padres. Me dijo que el relato la conmovió y que se decidió. Que al principio no sabía que iba a obtener una recompensa por los ovocitos, pero que finalmente le dieron 600 dólares la primera vez y 700 dólares las siguientes; la plata la usó para irse de viaje. Según recuerda, en las diferentes instancias se recuperaron entre 18 y 25 ovocitos.

La otra proveedora de ovocitos que pude entrevistar fue Aurora (Ent., 21-3-2018). Ella no fue proveedora para OvoDona, sino que «donó» para una de las clínicas que practica tanto la donación mixta como simple. Aurora fue proveedora de ovocitos por «donación simple».

¹⁰⁷ Universidad pública.

¹⁰⁸ La beca está destinada a solventar los estudios terciarios de personas que no viven en la capital, pero se deben trasladar a ella para estudiar, y no cuentan para ello con ingresos suficientes.

La pude contactar en la instancia de trabajo de campo en uno de los Laboratorios *in vitro*. Había ido acompañada de su esposo, cosa que no ocurre con frecuencia, me dijeron las técnicas que trabajan en los procedimientos (DdeC, 6-3-2018). Las «donantes» suelen ir acompañadas de madres o amigas. Tampoco es habitual que las parejas o mujeres receptoras de los ovocitos agradezcan con obsequios a las «donantes», por eso las técnicas estaban muy sorprendidas cuando Aurora recibió un ramo de flores y una carta de una de las destinatarias de los ovocitos que pudieran recuperarse tras la intervención: «Gracias por ayudarnos a cumplir nuestro sueño. Sos una persona muy especial, no lo olvides nunca».

Aurora es argentina, pero al momento de la entrevista hacía dos años que vivía en Uruguay. Se vino porque en Argentina no conseguía trabajo y también había tenido graves problemas de violencia doméstica con su segunda pareja, padre de uno de sus tres hijos.

Vive con su marido y los niños en un departamento de alquiler que, según me contó, no está en las mejores condiciones. En una tormenta sucedida unos días antes de la entrevista parte del apartamento se le inundó y los hijos corrieron peligro de electrocutarse. Ella trabaja para una empresa de limpieza cuyos servicios contrata el centro comercial en el que hicimos la entrevista. Su esposo trabaja para la misma empresa en servicios de seguridad.

Se enteró de la posibilidad de realizar el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) para la provisión de ovocitos por un mensaje que le llegó al Facebook. En ese momento trabajaba de limpiadora en la casa de una médica. La segunda vez que «donó», oportunidad en la que le realicé la entrevista –dos semanas después de la intervención quirúrgica para recuperar los ovocitos-, lo hizo porque la llamó una de las técnicas de la clínica en la que había «donado» la primera vez. Fue unos meses antes y ella en ese momento se había quedado sin trabajo, por lo cual aceptó. Finalmente, no pudo iniciar el ciclo en esa oportunidad debido a una enfermedad infecciosa, y lo hizo más tarde, cuando ya había conseguido su actual empleo. La retribución que recibió por el *trabajo clínico* (Waldby y

Cooper, 2008) que realizó fue de 16.000, lo que equivale a dos meses del alquiler de su apartamento, me explica.

Tanto Clara como Aurora son mujeres de complexión magra, Aurora bastante alta y Clara de estatura mediana; ambas tienen piel blanca, rasgos delicados y pelo castaño claro.

También entrevisté a Luana, quien «donó» ovocitos en el marco de un procedimiento de reproducción *in vitro* que se realizaban con su pareja, Marcel, en busca de descendencia. Conversé con Luana y Marcel un día después de la transferencia de embriones, en un cuarto de hotel, previo a que partieran a la ciudad de Maldonado, donde residen.

Él es vidriero y ella tiene una peluquería. Hacía más de dos años se habían enterado de que la calidad seminal de Marcel no era buena. Frente a ese diagnóstico habían evaluado la posibilidad de que ella fuera proveedora de ovocitos por el procedimiento de «donación mixta» para costearse parte de la intervención, pero finalmente habían decidido que se harían una intervención de baja complejidad con semen de «donante» en el mes de julio. Sin embargo, a principios de febrero estaba en la peluquería trabajando y la llamaron para decirle que existía la posibilidad de una receptora para sus óvulos.

Luana me dijo que en ese momento ella ya se había olvidado del tema «(...) pasaron como dos años y pico. Y me llama un día. Nosotros ya lo habíamos hablado, nos habíamos tranquilizado, muy tranquilos estábamos».

Finalmente, al otro día viajaron a Montevideo, esa era la condición para poder participar del ciclo que se iba a realizar en marzo, pero para el cual Luana debía empezar con la medicación en febrero, «(...) nos llamó a principios de febrero y el 14 de febrero yo ya estaba en esto». Fue Marcel el que dijo que «(...) no podían dejar pasar la oportunidad». La posibilidad de participación genética del varón de la pareja en su descendencia supone que la mujer deba atravesar por el proceso de hormonización y de punción que implica el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) de producción de ovocitos.

En El Laboratorio *in vitro* se podía apreciar que Luana no estaba del todo convencida de lo que estaba haciendo y eso despertaba malestar en el cuerpo médico, que se quejaba de que Luana no había seguido el procedimiento exactamente cómo debía y que estaba muy ansiosa y eso no colaboraba.

Los mecanismos de acceso a ovocitos de «donación»: más allá de los Programas

Analizada antes la provisión de ovocitos en el marco de los Programas de Ovodonación, en tanto vía de acceso institucionalizada para la provisión de este material reproductivo. Al margen de estos Programas pueden darse, sin embargo, otros mecanismos a través de los cuales la medicina reproductiva se provee de ovocitos. Si bien esta existencia se plantea en principio a título de hipótesis, durante el *trabajo de campo* conocí el relato de una pareja, Rocío y Marcos, que da cuenta de este tipo de mecanismos, tensando asimismo el carácter voluntario de la «donación».

Conversé con Rocío y Marcos en su casa, en una localidad rural del departamento de Canelones, una semana después de que se realizaran una intervención *in vitro*, cuando aún no sabían si había sido o no exitosa. Me contaron que para realizar esa intervención pidieron un préstamo a un banco privado. Si bien estaban en condiciones de solicitar apoyo al Fondo Nacional de Recursos (FNR), optaron por pedir un préstamo bancario por la burocracia que implicaba el trámite frente al FNR. Marcos, además, no recibe un sueldo, sino que vive de la venta de su producción agropecuaria, por lo cual debía recurrir a un escribano público y hacer una declaración jurada para solicitar el apoyo previsto por la Ley 19,167. Rocío, por su parte, trabaja en la capital del departamento en donde viven, en la oficina de una empresa estatal. La pareja se había hecho otra *in vitro*, ocho años atrás, de la que nació su primera y única hija que hoy tiene 7 años. En aquel entonces la ley no existía y por tanto tampoco el apoyo económico por parte del Estado; también en ese entonces pidieron un préstamo bancario.

En medio de la conversación y para mi total sorpresa, porque mi interés en la pareja radicaba en su condición de receptores de semen de «donación», Rocío menciona que ella

fue «donante» de ovocitos cuando la intervención *in vitro* de la que nació su primera hija. No fue exactamente una «donación» mixta, porque ellos no donaron a cambio de un pago por la intervención. Ella me lo cuenta de la siguiente manera,

Rocío: (...) yo fui donante también. Una cosa que también me bajoneó¹⁰⁹. Yo era joven, 34 capaz, por ahí, obviamente yo tenía muchos óvulos que me sacaron como 20 y pico. De los cuales/28 me sacaron/10 utilizaron para mí. Porque, ¿qué pasa? Uno también es inexperto en el tema. Y nosotros pensábamos que iban a quedar embriones para congelar. Y en el momento de.... De todo el tema de la extracción, le preguntaron a él, porque yo todavía estaba con el efecto de la anestesia, qué hacía con los óvulos, porque iban a utilizar solo 10. Que iban a quedar esos 18, si los congelaban... «tengo que hablar con mi señora», dijo él [se refiere a Marcos].

(...)

Marcos: yo me llevé la sorpresa en el momento de la extracción, «tenés que decidir ya», me dijo [la dra.] «ya, ya, porque hay que congelarlos».

(...)

Rocío: entonces esperaron a que me recuperara y la dra. vino a la sala, (...) preguntó y le dijimos que los congelábamos. (...) Pero después empezamos a pensar que si quedaban embriones nosotros sabíamos que íbamos a tener que pagar por esos embriones.

(...)

Marcos: decidimos congelar los embriones. Pero nadie nos dijo que esos embriones se podían morir, y que capaz que no nos quedaba ninguno. [como sucedió]

Entrevistadora: ¡Ah!

Marcos: entonces decidimos donar [se refiere a los ovocitos]...

Rocío: el tema es que nosotros dijimos que sí, porque si teníamos que pagar por los embriones también no podíamos pagar las dos cosas [se refiere a tener que pagar por embriones y ovocitos]. Era mejor los embriones.

En el momento de la intervención por la cual fui a entrevistarlos Rocío hubiera sido incapaz de «donar» ovocitos porque uno de los ovarios ya no le funciona. Cuando conversé con la pareja en la habitación del Laboratorio *in vitro*, luego de la aspiración de folículos, me contaron que se habían recuperado solo dos ovocitos y eso la tenía muy preocupada.

¹⁰⁹ En lunfardo: depresión leve.

Cuando me relatan lo de la «donación» de parte de los ovocitos obtenidos durante la aspiración ocho años atrás, Marcos me dice que si hubieran tenidos esos ovocitos congelados se hubieran podido ahorrar algunos de los costos de la actual intervención. Si bien es imposible predecir lo que hubiera ocurrido, si esos ovocitos luego de descongelarse hubieran podido utilizarse o no con éxito, lo que sí es posible decir, como subraya Marcos, es que tuvieron que tomar la decisión de forma apresurada y considerando fundamentalmente lo que les iba a significar en costos.

Me explicaba Rocío que no fue el hecho de donar lo que la «bajoneó», «(...) no me disgusta haber sido donante, porque como yo fui feliz, siento que otra madre puede haber sido feliz», sino el pensar que podrían haber tenido otro recurso económico para el tratamiento que se realizaron en esta oportunidad.

Para la clínica reproductiva, por su parte, la adquisición de estos ovocitos significó la posibilidad de acumular *biovalor* en el contexto del *trabajo clínico* de una paciente.

Importa señalar que esta adquisición de ovocitos por parte de la clínica se hizo por vías no preestablecidas en los Programas de Donación, pero habilitadas por el propio accionar biotecnológico, en tanto la producción de estos ovocitos como «sobrantes», si bien se presenta como imprevista, es sin embargo esperable en virtud del modo de proceder con una hormonización estandarizada. Es decir, que los ovocitos que ingresan al Programa de Ovodonación no lo hacen únicamente por las vías estipuladas por los Programas, lo que no implica que lo hagan por vías ilegales. Hay un margen amplio entre lo que está formalmente institucionalizado, aquello no institucionalizado, pero legalmente constituido, y lo ilegal. Este procedimiento no lo fue porque además medió un consentimiento informado que firmó Marcos, mientras Rocío estaba sedada.

El suceso invita, sin embargo, a revisar las condiciones implicadas en el acto de consentir, como manifestación expresa de la voluntad de «donar», y antes de ello, las condiciones de producción de esta voluntad. Sobre este aspecto profundizo a continuación.

La producción de *biodisponibilidad* en un contexto de desigualdades y urgencias

A la semana de las entrevistas con Rocío y Marcos y con Luana y Marcel, cumplido el plazo de los 15 días luego de la transferencia de el o los embriones, me comuniqué con las dos parejas para saber si el examen de embarazo había sido positivo. No lo fue, para ninguna de las dos.

Quisiera señalar dos aspectos que surgen de ambas entrevistas, de las entrevistas a otras mujeres candidatas a «ovodonación» o efectivamente «ovodonantes», y del *trabajo de campo* más ampliamente.

En primer lugar, la preeminencia de *la urgencia*. Cuando el especialista le planteó a Andrea la posibilidad de ser donante de ovocitos para costear la intervención *in vitro* que debía afrontar, como relaté en el capítulo I, se lo planteó como una decisión que debía tomar de forma *urgente* si quería entrar en el ciclo que iba a comenzarse. Cuando se le planteó a Marcos que debía de tomar una decisión sobre los óvulos «sobrantes» de la recuperación de ovocitos practicada a su compañera en el contexto de la intervención *in vitro* que se estaban realizando, se le dijo también que esa decisión debía tomarse de manera *urgente*, incluso con Rocío aún sedada y no pudiendo por tanto discutir con ella una decisión que incumbía a ambos. En cuanto a Luana y Marcel, cuando la especialista llamó a Luana, también le indicó que debía tomar una decisión *urgente*, porque si no se quedaba fuera del ciclo que iba a comenzar. A pesar de que hacía dos años que venían pensando en la idea, el planteo les llevó a tomar una decisión diferente a la que venían considerando que era usar semen de «donante».

En segundo lugar, y sin ánimo de generalizar, puesto que se trata únicamente de cinco casos, todas las «donantes» de ovocitos con las que conversé -me refiero a las que finalmente «donaron», excluyendo a las «candidatas» que también entrevisté-, estaban en una situación de vulnerabilidad económica. Rocío y su pareja «donaron» porque temían no poder sustentar los costos de mantenimiento de los ovocitos congelados; Luana «donó» para costearse su tratamiento, igual que Andrea; Aurora evidentemente vive en una situación de precariedad económica, con tres hijos que mantener, un apartamento que

alquila en una zona pobre de Montevideo y empleada como limpiadora, una de las tareas que recibe más bajos salarios. Por último, Clara, si bien puede no estar ahora en situación de necesidad económica, ciertamente proviene de una familia de bajos recursos.

A partir de este análisis podemos afirmar que la generalización por la cual se entiende que quienes «donan» son personas jóvenes, la mayoría estudiantes universitarias cuyo afán es ser solidarias (Barrancos, 2015) claramente no aplica a los casos anteriormente analizados, casos en los cuales la situación de vulnerabilidad económica de las mujeres proveedoras de ovocitos parece evidente.

Los casos analizados refuerzan más la afirmación de otras investigaciones (Nahman, 2011; Pfeffer, 2011; Bergmann, 2012; Lafuente, 2017; Tober y Pavone, 2018) acerca de que las prácticas de aprovisionamiento de óvulos buscan capitalizar la desigualdad socioeconómicas. A diferencia del mercado de órganos (Cohen, 2001; Scheper-Hughes, 2003, 2007; en Tober y Pavone, 2018) y úteros para la gestación (Deomampo, 2016; en Tober y Pavone, 2018), que capitaliza desigualdades de diverso origen -quienes actúan como proveedores son personas pobres y marginalizadas que portan marcas étnicas-, en el caso de la provisión de óvulos la capitalización deja por fuera a mujeres con marcas socialmente desestimadas. Se busca mujeres que porten cualidades fenotípicas y educativas socialmente valoradas. Sobre este aspecto me detengo en el próximo capítulo, pero importa llamar la atención acerca de que estas mujeres, que no pueden ser proveedoras de ovocitos, quedan fuera del beneficio económico que puede aportarles el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008).

Al mismo tiempo, esta condición de *biodisponibilidad* se construye diferencialmente entre proveedores de semen y proveedoras de ovocitos, no como resultado de las condiciones biológicas, sino en diálogo con las mismas. Como advierte Verena Stolcke (2010) no se trata de ignorar la materialidad biológica, sino de comprender el proceder biotecnológico como una co-producción compleja entre dicha materialidad, los significados socioculturales y los intereses económicos y políticos.

Mientras en la provisión de semen los procedimientos biotecnológicos están concentrados en analizar y criopreservar la muestra, en la provisión de ovocitos hay todo un proceso de intervención biotecnológica en el cuerpo femenino para producir lo que luego se extraerá mediante punción del ovario. Podríamos decir, siguiendo el concepto marxista de *alienación*, que en la provisión de semen existe menor alienación de la persona proveedora con respecto al proceso de trabajo que la que existe para la provisión de ovocitos. En la provisión de ovocitos el trabajo de generación y recuperación del material biológico, abordado aquí críticamente como una producción en el marco de una *economía espermatológica*, está fundamentalmente en manos del personal técnico, quedando la persona proveedora más en situación de «espacio» en el cual suceden tales procesos: un espacio en donde se lleva adelante el trabajo procreativo, como la casa o el útero, siguiendo la reflexión de Jules Falquet (2018). El rol de quien provee ovocitos se limita a habilitar la función técnica, en sentido afirmativo -acudiendo a las citas de control, tomando los medicamentos o aplicándose los inyectables en virtud de las exigencias-, y negativo: buscando no interferir con los procesos productivos, no teniendo, por ejemplo, relaciones coitales heterosexuales que puedan conducir a un embarazo que tendría riesgos para la mujer, porque implicaría la posibilidad de una multigestación (debido a la cantidad de folículos desarrollados a consecuencia de la hormonización) y riesgos para la productividad, porque haría perder la inversión realizada.

Más allá de la asimetría que esto instituye en los procedimientos de producción de ovocitos y espermatozoides para la circulación (Alvarez Plaza, 2008a), existen otras condiciones en la organización del *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) para la provisión de gametos que profundizan tales asimetrías. Como advierte Alvarez Plaza (2008a), quienes «donan» semen pueden interrumpir, por situaciones de diversa índole, su trabajo de proveedores de material reproductivo sin perder por ello su calidad de «donantes», mientras que la interrupción eventual en el proceso de «donación» de ovocitos deja por fuera a la persona donante de la posibilidad efectiva de ingreso al procedimiento y de cobro de «lucro cesante», si se trata de una «donación pura».

Así, el trabajo de provisión de ovocitos para su puesta en circulación supone, más allá de los requisitos de control médico que la «donación», un control mucho más exhaustivo de

las rutinas cotidianas, no así la provisión de semen. Y si bien el control en la donación de semen depende en gran medida del comportamiento sobre todo sexual de la persona «donante», de que ésta evite conductas que puedan infectar al material biológico con microorganismos causantes de infecciones que se transmiten sexualmente como la sífilis, la gonorrea, el linfogranuloma venéreo, el herpes genital, el granuloma inguinal y los papilomas, entre otras (Zea-Mazo, Negrette-Mejía y Cardona-Maya, 2010), para proveer un material de calidad, la ausencia de una adecuada observación de estos requisitos no siempre se refleja en la calidad del material. El control por tanto resulta mucho más laxo, así como las rutinas implicadas en este *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) de provisión de material reproductivos.

En el caso de la provisión de ovocitos, al no evaluarse el material biológico sino las condiciones psico-físicas y genéticas de la persona candidata, además de su disposición a seguir los requerimientos de la «donación», se amplía la posibilidad de que cualquier mujer pueda ser «donante», sobre todo aquellas jóvenes. Se generan, podemos decir, mayores condiciones de biodisponibilidad para quienes pueden proveer ovocitos, en comparación con quienes pueden proveer semen.

Los controles en la provisión de ovocitos y la producción de *biovalor*

Considerando las consecuencias -que antes reseñábamos-, que puede tener la provisión de ovocitos en el contexto de la *economía espermática*, más allá de que se proceda sumo cuidado, la forma de minimizar estos riesgos ha sido limitar la cantidad de veces que una misma persona puede «donar».

Según el decreto reglamentario de la Ley 19.167, una misma persona puede «donar» óvulos hasta cinco veces. Antes de esta reglamentación, el Programa de Ovodonación que gestiona El Laboratorio, preveía que una misma persona pudiera «donar» ovocitos hasta tres veces. Con la ley actual el margen de instancias para la «donación» se amplía, porque ya no es el Banco el que se encarga de poner un tope a las mismas.

Entrevistadora: ¿Y ustedes se siguen manteniendo en tres veces?

Técnica: No, si quiere donar cinco veces que done.

(Ent. Técnica, 17-3-2015)

El organismo que a partir de la legislación vigente tiene el cometido de controlar el número de donaciones, tanto de esperma como de óvulos –entre otras tareas-, es el Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDT), que funciona bajo la órbita del Ministerio de Salud Pública y de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Pero, como ya lo advertíamos para el caso del esperma, las formas de control no funcionan según lo esperado. Mientras en el caso de la «donación» de esperma, lo importante es calcular las veces que se utilizaba muestras de una misma persona donante y los/as nacidos/as vivos/as con esa muestra para evitar el riesgo de endogamia, en el caso de la «donación» de óvulos lo que se busca evitar es la sobreexposición de una misma persona a la estimulación hormonal. Se entiende, además, que esta sobreexposición comienza a partir de la quinta vez que se realiza el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) para la provisión de ovocitos, consideración que ha ido cambiando, dando cuenta así de su carácter arbitrario.

Mientras la dificultad de controlar el uso del semen de donante deriva de la falta de un contacto post intervención de El Banco de Semen con las mujeres o parejas receptoras para averiguar sobre el éxito o no del tratamiento con el semen de terceros, la dificultad para el control de la «donación» de ovocitos radica en la ausencia de un registro único que permita la trazabilidad del material biológico durante todo su recorrido (Ent. Técnica, 11-5-2017). Como explicaba la entrevistada, una «donante» puede estar registrada con un número en una clínica y con otro en otra, lo cual complejiza el control de la cantidad de veces que una misma persona puede «donar». Agregaba la misma técnica que, si bien las clínicas están obligadas a registrar todos los TRHA-D, sea que una parte la pague el estado o los costos sean asumidos por la mujer o por la pareja en su totalidad, no existe seguridad de que los procedimientos que se realizan de forma privada estén debidamente informados. La ausencia de información parece ser una constante en estos procedimientos biotecnológicos.

Según la información brindada por el INDT para el período 2015-2016 -último período informado-, participaron del Programa de Donación de El Laboratorio 25 «donantes» de ovocitos. Las otras dos clínicas que tienen Programa de Donación de Óvulos no remitieron al Instituto información para el año 2015. En los primeros meses de 2016, de enero a mayo, informaron haber recibido entre ambas a 11 donantes.

Este escenario de ausencia efectiva de regulación posibilita que una misma persona esté biodisponible mayor cantidad de veces que las previstas por ley para la provisión de ovocitos, con los riesgos sanitarios que ello conlleva.

CAPITULO VI

PROVISIÓN DE GAMETOS de «DONACIÓN» y PARENTESCO BIOTECNOLÓGICO

Dos mujeres salen de la habitación; otras dos conducen a Janine a la Silla de Partos, donde se sienta en el asiento más bajo. (...) Está llegando, está llegando. (...) La Esposa del Comandante entra a toda prisa; todavía lleva puesto el ridículo camión de algodón blanco, por debajo del cual asoman sus piernas larguiruchas. Dos Esposas, vestidas con traje y velo azul, la sostienen de los brazos, como si lo necesitara (Atwood, 2017:181)

Advertía en el inicio de esta investigación, que las biotecnologías reproductivas producen, no solo seres humanos, sino también relaciones sociales: filiación, parentesco, relaciones de producción, reproducción, género.

Luego de abordar las relaciones de género y economía política que operan en el modo en que se gestiona la provisión de ovocitos y semen, en este capítulo analizo cómo dialogan la gestión de estos materiales con la producción del parentesco biotecnológico.

Argumento que la producción del parentesco biotecnológico con gametos de «donación» en el contexto uruguayo genera dos circuitos específicos de producción y circulación de gametos. Uno de producción y circulación de semen, orientado en mayor medida a la producción del parentesco homosexual o la filiación de mujeres sin pareja, y otro de producción y circulación de ovocitos que contribuye al parentesco heterosexual. Lejos de resultar una obviedad consecuencia de la ausencia del gameto masculino en el caso de la primera de estas formas de parentesco, advierto que esta especialización se explica por mecanismos que no se limitan a las condiciones biológicas, aunque necesariamente dialogan con éstas.

La filiación biotecnológica con gametos de «donación»

El parentesco, noción clave para el estudio antropológico, busca evidenciar las condiciones culturales a partir de las cuales se establecen formas de reciprocidad entre personas (Levi Strauss, 1993). El parentesco en Antropología define un campo y un tema de estudio (Edwards, et. al., 1999). En esta investigación, se constituye en una dimensión que hace al problema de investigación. El «(...) parentesco constituye una matriz de relacionamiento»¹¹⁰ (Strathern, 1999:15). Aunque no es una definición que venga desde el campo disciplinar de la Antropología, la forma en que Butler define el parentesco me resulta útil, porque es lo suficientemente amplia y al mismo tiempo precisa para dar cuenta qué tipo de relaciones configuran al parentesco,

(...) una serie de prácticas que diferencian vínculos de diverso tipo en los que se negocia la reproducción de la vida y la muerte, por lo que las prácticas de parentesco serán aquellas que resulten de enfrentar las formas fundamentales de dependencia humana, las que incluyen el nacimiento, el cuidado, las relaciones de dependencia emocional, y los vínculos generacionales, enfermedades, nacimientos y muertes (...) ¹¹¹
(Butler, 2002:14-15)

En occidente la concepción hegemónica del parentesco considera que las relaciones prioritarias para el establecimiento de vínculos de reciprocidad son la alianza y la filiación. Alianza y filiación se constituyen en los caminos *naturales* para establecer las reciprocidades sociales que el parentesco requiere, considerando a la familia como la institución clave en el seno de esta parentalidad. A pesar de ello, opto por el concepto de parentesco y no de familia porque permite analizar la conformación de estos vínculos en el contexto de los procesos biotecnológicos y bioeconómicos que se despliegan en el campo de la reproducción biotecnológica, sin asumir a priori las formas institucionales que cobrarán tales vínculos (Edwards, et. al., 1999). El parentesco es una institución maleable (Edwards, 1999).

¹¹⁰ «(...) kinship constitutes a matrix of relationships».

¹¹¹ «(...) a set of practices that differences institutes relationships of various kinds which negotiate the reproduction of life and the demands of death, then kinship practices will be those that emerge to address fundamental forms of human dependency, which may include birth, child-rearing, relations of emotional dependency and support, generational ties, illness, dying, and death (...)».

En las sociedades euroamericanas, las relaciones de parentesco han privilegiado la transmisión de la sangre, vía procreación, gestación y parto; podríamos decir que el núcleo central de las relaciones de parentesco en estas sociedades ha estado focalizado en las relaciones procreativas (Strathern, 1999), aunque también se ha privilegiado instituciones como el matrimonio, el padrinazgo o la adopción, dependiendo de los contextos sociales e históricos.

Procreación, gestación y parto han sido concebidos como los procesos naturales por los cuales se produce parentesco, estableciéndose una diferencia con otros procesos que se entiende culturales y marcándose así dos dominios diferenciados: uno natural, limitado a los procesos biológicos, y otro cultural.

Hay un proceso cultural de naturalización de la biología para establecer las relaciones filiales. Pero, como antes advertía, esta biologización o genetización del parentesco ha convivido y convive con otros procesos que resultan relevantes en la constitución de relaciones de parentesco, como adoptar o expresar la intención de establecer una relación filial. Esto demuestra que «(...) la genetización del parentesco no es absoluta, sino contextual»¹¹² (Luna, 2005: 399). Así el parentesco es un medio a través del cual se naturalizan relaciones sociales: el carácter construido de la relación social concebida en términos de parentesco queda vedado en la convicción de que es la biología la que crea parentesco.

Marylin Strathern (2003) ha demostrado esta naturalización de las relaciones parentales filiales en su análisis del caso de un niño que solicita en Gran Bretaña en 1992 el «divorcio» de su madre. La recusación de la conexión biológica en este caso noticioso revela el carácter no evidente de la misma como fundamento de los derechos filiales, aunque la notoriedad que tuvo el caso en su momento ilustra la dificultad de pensar la filiación como una relación socialmente construida. Al mismo tiempo, advierte Strathern (2003), el lazo biológico en sí permanece, no se disuelve como efecto de la solicitud del

¹¹² «(...) a genetização do parentesco não é absoluta, mas contextual».

demandante y de la eventual decisión judicial. La acción judicial, como parte de la cultura, no transforma la biología en términos materiales, pero sí su comprensión como fundamento de decisiones que atañen a la cultura.

Esta hegemonía de la biología como fundamento natural(izado) de vínculos sociales concebidos como relaciones de parentesco, es interpelada a partir de otras formas de reciprocidad que van más allá de los lazos de filiación y alianza extendiéndose a relaciones de vecindad y/o amistad, como demuestran las investigaciones de Rosana Guber (2006) en las «villa miseria» en Argentina, o la «circulación de niños», como práctica de cuidado y adopción informal entre estratos sociales pobres en Brasil (Fonseca, 1998). Por ello, Ana María Rivas (2009: 13), al referirse a la tensión entre lo biológico y lo social en el parentesco, explica que ambos dominios no son excluyentes, sino que mientras que en algunos contextos se denuncia e impugna la modalidad biológica de emparentamiento, en otros se le asigna el papel fundamental en la construcción del parentesco.

Dado el amplio espectro de actividades y relaciones humanas que pueden ser reconocidas por su contribución a la producción de personas vivientes, ¿por qué nos centramos sólo en algunas de ellas como la base universal del parentesco?, se preguntan Yanagisako y Collier (1994) cuando además existen innumerables ejemplos etnográficos que muestran que existen otros vínculos, mucho más relevantes que la sangre o los genes, para instituir parentesco.

La reproducción sexual, que es el fundamento *cultural* hegemónico del parentesco euroamericano y que *naturaliza* procesos biológicos como la procreación, gestación y parto para la consecuente constitución de alianza y filiación, *naturalizando* con ello los vínculos sexo reproductivos entre sujetos con diferente «equipamiento genital» (Yanagisako y Collier, 1994) y con capacidad para reproducirse (lo que la medicina definiría como «fértil»), comienza así a ser cuestionada como base universal del parentesco. La inclusión del aporte genético de personas ajenas al grupo de parentesco, a partir de las intervenciones biotecnológicas con material reproductivo de «donación» (TRHA-D) nos obliga a complejizar el concepto de parentesco en tanto herramienta

conceptual útil para el análisis de las relaciones sociales que tienen lugar en el marco de estos procedimientos. En primer lugar, porque las biotecnologías reproductivas introducen tecnología en los procesos procreativos, problematizando la relación entre los dominios natural y cultural del parentesco. Las biotecnologías reproductivas permiten producir seres humanos sin necesidad de tener prácticas sexuales. El intercambio sexual ya no es requisito para la reproducción, y la filiación, como relación social generada de estos procedimientos, deberá ser redefinida en las fronteras entre la biología y la cultura. *¿Es considerada biológica la descendencia nacida de estas técnicas o tiene el estatuto de una descendencia provista por instancias como la adopción?* La propia distinción entre biología y cultura se desdibuja.

Además de poder procrear sin intercambio sexual, puede procrearse en el marco de una pareja homosexual, por lo cual la célula «naturalmente» procreativa del parentesco euroamericano, dos personas con diferente «equipamiento» biológico-reproductivo, tampoco resulta necesaria, por lo menos no en términos materiales. Esta posibilidad cuestiona la norma heterosexual (Rich, 1980) para la reproducción y el parentesco: parejas de lesbianas o gays podrán tener una descendencia «biológicamente vinculada» (Diniz y Gómez Costa, 2006), aunque esta vinculación biológica se construya en diálogo con procedimientos o instituciones de diverso tipo: podrá ser la aportación del semen o de óvulos, gestar o estar en relación conyugal con la persona gestante, haber tenido la intención y el deseo de procrear constituyéndose así en «padres de intención». La figura de «padres de intención», elaborada en el contexto de la reproducción humana asistida, es el mecanismo mediante el cual se otorga reconocimiento legal a esta intención o deseo de ser madre/padre en el marco de la provisión de gametos de terceros.

Jeanette Edwards (1999) advierte que estas posibilidades biotecnológicas para la reproducción no pueden ser analizadas en su vínculo con la constitución y comprensión del parentesco en términos de asimilación o adaptación, sino que biotecnologías reproductivas y parentesco deben abordarse como procesos mutuamente constitutivos.

Si bien desde una perspectiva constructivista del parentesco (Schneider, 1984; Carsten, 2000, Yanagisako y Collier, 1993) se entiende que los hechos de la filiación y el

parentesco son siempre hechos sociales y por tanto el vínculo consanguíneo siempre fue un vínculo culturalmente producido, «(...) no hay “hechos“ materiales que puedan ser tratados como dados preculturalmente» (Yanagisako y Collier, 1993:s/p), la actuación biotecnológica hace manifiesto el desacople entre los sentidos tradicionales, naturalizados de la filiación y el parentesco, y las nuevas maneras de producir estas relaciones. El recurso a las TRHA-D obliga a problematizar el privilegio del «gen» en la construcción de la filiación y demuestra que esa relación no puede ser fácilmente entendida a partir de los esquemas de oposición previos «(...) está sucediendo algo más sutil de lo que los anteriores esquemas dicotómicos, que oponían naturaleza y cultura, vínculos biológicos a vínculos sociales o vínculos consanguíneos versus afines- permitían describir»¹¹³ (Fonseca, 2016: 150)

Al incidir en la materia en la que se inscribe el proceso reproductivo, las biotecnologías reproductivas obligan a redefinir los fundamentos que configuran la *naturaleza* de este proceso. En ese sentido es que se afirma que la reproducción es una construcción; no hay nada de natural en ella, sino que la *naturaleza* es una idea que inscribe como parte de la naturaleza aquello que en realidad es lo normalizado en un determinado contexto. Desde sus formulaciones iniciales a finales del siglo XVIII y principios del XIX, la ciencia cuenta historias sobre la naturaleza, y en ese proceso construye «(...) la naturaleza como una categoría que facilita la remodelación de los objetos naturales, incluida la sociedad» (Haraway, 1995: 77)

El proceso de penetración de los requisitos socioculturales, lo que se concibe como normal, reelaborados en términos de naturaleza, a través de los procedimientos biotecnológicos, que está presente en la gestión de gametos de donación (Déchaux, 2018) desde la misma conformación molecular –celular- de los seres humanos que se seleccionan como donantes (Ariza, 2012), apunta a la reproducción de una vida biológica y una relación social (Franklin, 1997) en línea con los preceptos sociales y culturales que se considera adecuados.

¹¹³ «(...) que está aconteciendo algo muito mais sutil do que os antigos esquemas dicotômicos (natureza versus cultura, vínculos biológicos versus vínculos sociais, consanguíneos versus afins) possam descrever».

La desestabilización del lugar tradicionalmente asignado al componente biológico –sea gametos, gestación o parto- para el parentesco, en el marco de la desestabilización de las maneras más tradicionales de establecer la filiación, evidenciada en expresiones tales como «comprar un bebé», «adulterio de tubo» o «embrioadopción», invitan a generar una nueva teoría nativa de la filiación (Rohden, 2002) que permita significar estos procesos biotecnológicos.

Estos procedimientos evidencian también que producir humanos supone más que «(...) el intercambio heterosexual, el embarazo y el parto» (Yanagisako y Collier, 1993:s/p) y por tanto que la reproducción siempre fue un proceso, no solo biológico, sino fundamentalmente social, político, económico.

En los procedimientos de reproducción biotecnológica con gametos de terceros -núcleo de esta investigación-, producir humanos requiere –entre otras cosas- una organización del trabajo reproductivo incluido el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) para la provisión de gametos. Una instancia productiva, mediada por las biotecnologías, en la cual se da un proceso de producción de un material biológico sexualmente específico destinado al intercambio: el «intercambio de gametos» (Ariza, 2013).¹¹⁴

En los primeros capítulos de esta tesis proponía inspirarnos en la idea de Rubin (1998) del *intercambio de mujeres* para pensar el *intercambio de gametos*. El *intercambio de mujeres* es concebido por Rubin (1998) como una instancia que ilustra un modo históricamente específico de gestionar la reproducción y la sexualidad en el contexto de una economía política del parentesco. El *intercambio de gametos* puede concebirse, en esta línea, como un proceso históricamente específico y biotecnológicamente mediado, de gestionar la reproducción y la economía política del parentesco.

¹¹⁴ «gamete exchange».

Paternidad biológica, maternidad tecnológica: género y economía política en el parentesco heterosexual

Señalaba en el capítulo IV, que la mayoría del semen de «donación» se utiliza para la conformación de un parentesco lesbiano o para los casos en que mujeres sin pareja recurren a las biotecnologías reproductivas para poder tener un hijo biológicamente vinculado (Diniz y Gómez Costa, 2006). Advertía también cómo esta especialización dialogaba con la idea de una feminización de la reproducción y del semen. Me pregunto ahora, *¿a qué se debe esta especialización del uso de semen para el parentesco homosexual o para las mujeres sin pareja? ¿Acaso la producción biotecnológica del parentesco heterosexual no recurre a semen de «donación»?*

Me explicaba una de las técnicas entrevistadas, que a las parejas heterosexuales se les sugiere recurrir a semen de terceros «(...) frente a un espermograma negativo [se refiere a que no tiene espermatozoides]. (...) lo repetís y si con el segundo da negativo ya le vas explicando al señor que no hay alternativa». La otra alternativa es la biopsia, pero según me dice la especialista (Ent., Técnica 12-9-2016) «(...) las posibilidades de obtener semen tampoco son muy altas y (...) es doloroso. (...) Frente a esa agresión, que ellos lo notan como agresión, optan por el semen donado».

En los casos en que no existe una situación clara de azoospermia, que lleva a recurrir necesariamente a semen de «donación», o una situación de ausencia de ovulación, que conduce inevitablemente a una «ovodonación», las opciones de intervención biotecnológica por las cuales transitar para poder materializar el deseo de filiación biológica conforman una ruta más o menos abierta. Lo que quiero argumentar es que, frente a la amplitud de posibilidades, las intervenciones se orientan hacia aquellos procedimientos que resguardan la participación biológica del varón en su descendencia.

La ICSI es la herramienta biotecnológica más reciente para preservar esta participación, aún en aquellos casos en que la cantidad o calidad del semen está fuertemente comprometida. Si bien en Uruguay no hay datos disponibles sobre la cantidad de procedimientos que utilizan ICSI, Schwarze, Zegers-Hosgild y Galdames (2010),

especialistas al frente de la Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida llaman la atención sobre el explosivo aumento de esta técnica desde su introducción en el continente. Si bien los datos son de 2007, permiten visualizar cómo el recurso a la técnica a veces no va de la mano con las condiciones médicas que estarían demandando su uso. Los especialistas señalan así que la alta frecuencia de uso de ISCI, en 83% de los casos en el 2007 «(...) no se condice con el hecho que en el 2007 sólo el 30% de los diagnósticos de infertilidad fue por factor masculino» (Schwarze, Zegers-Hosgild y Galdames, 2010: 452). Esto abre una interrogante acerca de cuáles podrían ser las razones para esta utilización de la ICSI por encima de las causales que lo justifican.

Este privilegio por la participación biológica del varón en su descendencia, explicaría también que la mayoría del semen de «donación» se destine a parejas de lesbianas o mujeres sin pareja y que solo una mínima cantidad (1 muestra de cada 4) tenga por destino una pareja heterosexual, en la que el varón no produce esperma.

La especificidad de uso de semen de «donación» en parejas heterosexuales únicamente en las situaciones en que no existe posibilidad alguna de que el padre social aporte algo de su material biológico a la procreación de la descendencia, refuerza la idea tradicional en el parentesco euroamericano de que maternidad y paternidad se instituyen como relaciones sociales a partir de procesos biológicos no equivalentes: el aporte de semen para la paternidad, la gestación para la maternidad.

A nivel genético maternidad y paternidad sí se consideran procesos equivalentes en lo que Strathern (1995) define como modelo duo-genético de la filiación y que supone un aporte genético porcentualmente igual de padre y madre social en la descendencia. Este modelo se reproduce en la labor de asignación de «donante» en virtud de criterios de similitud fenotípica, como veremos más adelante, y en la labor de asignación de la titularidad de la muestra de semen

Cuando se trata de una pareja heterosexual que busca semen de donante, el titular del semen es el varón y (...) es en función de él que se buscan los atributos del donante. Cuando son parejas de lesbianas es la mujer

que se embaraza la que tiene la titularidad del semen. Y si es una mujer sola, obviamente ella (DdeC, 25-5-2016).

En términos sociales, en cambio, la maternidad se funda en los procesos de la gestación y el nacimiento como hechos biológicos evidentes para esta relación social. La paternidad, por su parte, supone un reconocimiento social de hechos sociales para su configuración: al casamiento o convivencia con la madre. «Mientras la paternidad depende de relaciones que tienen que ser declaradas y probadas, la relación entre la madre y su hijo se presenta como un hecho natural»¹¹⁵ (Strathern, 1995:312). Strathern (1995) habla de la exigencia de parentesco para la parentalidad: que la hija/el hijo tenga padre y madre iguales en cuanto al aporte genético, pero desiguales en los papeles sociales.

La convención cultural advierte la incerteza que rodea la paternidad biológica; como reza el refrán: «Los hijos de mi hija mis nietos son, los hijos de mi hijo lo son o no lo son». Por eso, el rol social de la paternidad debe ser socialmente validado, aunque no siempre la comprobación consanguínea del vínculo padre-hijo(a) termine resultando relevante (Fonseca, 2016). Me comentaba una de las especialistas que trabaja en El laboratorio, que uno de los grandes temores, sobre todo de las mujeres en pareja con un varón, es que se confunda el semen usado en las intervenciones *in vitro*. Esto, me dijo, le parece a ella muy machista porque nunca consideran que, en ese escenario hipotético –obviamente se tiene especial cuidado de que no ocurra- también podrían confundirse los ovocitos (Ent., Técnica 27-6-2016).

Así, la «relación técnica» atiende a las relaciones de género en la producción biotecnológica de la maternidad y la paternidad dando cuenta, como señalan Yanagisako y Collier (1994) que género y parentesco se constituyen mutuamente, en las sociedades euroamericanas en las que la reproducción sexual está en el centro de ambas relaciones - no podría hacerse la misma afirmación para otras sociedades-, y se realizan juntos en sistemas particulares, culturales, económicos y políticos.

¹¹⁵ «Enquanto a paternidade depende de ligações que têm de ser declaradas ou provadas a relação entre mãe e filho apresenta-se como um fato natural de vida».

Los supuestos acerca del género invaden las nociones acerca de los hechos de la reproducción sexual. Las unidades tipo de nuestras genealogías son, después de todo, círculos y triángulos acerca de los que suponemos una cantidad de cosas. Por encima de todo, damos por hecho que representan dos categorías naturalmente diferentes de gente y que la diferencia natural entre ellas es la base de la reproducción humana, por tanto del parentesco (Yanagisako y Collier, 1994: s/p).

Strathern sugiere que la necesidad del padre tiene que ver con la necesidad de que alguien asuma este rol social en la crianza. Va a decir también que las situaciones en que las mujeres buscan la maternidad sin varón/padre generan un dilema moral porque están negando esta participación social. Cuando además se trata de un nacimiento virgen, se está negando el componente sexual de la procreación (Strathern, 1995).

La gestación y el parto resultan así instancias que marcan una asimetría en las relaciones de filiación y por tanto en la contribución de la madre y el padre en la conformación de la descendencia (Strathern, 1995). Debido a esto, se ha señalado que es el útero el equivalente al semen, y no el óvulo (Alvarez Plaza, 2015).

El privilegio de la gestación para instituir la maternidad constituye lo que, en una investigación previa, he denominado *uterización del vínculo* (Viera Cherro, 2015) y es lo que amplía los márgenes de tolerancia social para la aceptación de ovocitos de donación por parte de mujeres que quieren ser madres en el contexto de la FIV. Esa prevalencia de los procesos de gestación, parto y lactancia para conformar el lazo filial entre la madre y la persona nacida de estos procedimientos, que problematiza «(...) que es lo biológico en la maternidad biológica»¹¹⁶ (Strathern, 1998: 195; en Luna, 2005: 407) se reitera en la clínica,

Técnica: (...) a diferencia de cuando se dona semen, que el hombre no participa en nada (...) cuando la mujer recibe óvulos donados sí participa porque ella es la que lleva adelante el embarazo. El hombre

¹¹⁶ «(...) o que é biológico na maternidade biológica».

viene con el frasquito y ta, no hace nada. Pero la mujer lleva adelante el embarazo, y ese vínculo de la vida intrauterina es muy importante.

Entrevistadora: ¿O sea que según su experiencia es más fácil que las parejas acepten la donación de ovocitos o de donación de esperma?

Técnica: Ninguno de los dos es muy fácil. Siempre cuesta hasta que ellos asumen ese duelo, porque es un duelo que tienen que sufrir, un duelo de maternidad y paternidad propia. A algunos le lleva más, otros tienen más maduro el tema. Requiere apoyo psicológico, es una situación que es fuerte, sobre todo para la mujer, en la cual **su instinto de maternidad es más profundo que en el hombre** [énfasis agregado]. Pero como es ella la que lleva adelante el embarazo, siente los latidos del niño, amamanta ese niño, y el otro tema que importa es el real, una vez que el niño nace, nace de esa madre y es de ella, nadie se lo va a sacar.

Vale la pena detenernos brevemente en la idea que la técnica reproduce sobre la existencia de un instinto maternal, idea cuestionada desde la investigación social (Badinter, 1984) pero que es reflejo de cómo se concibe el vínculo maternofilial y cómo se piensa el impacto que la infertilidad tiene para las mujeres, en tanto aquello que les impide desarrollar plenamente su identidad (Falguera, 2018). Desarticular esta ligazón entre infertilidad y pérdida identitaria para las mujeres resulta esencial para cuestionar el recurso a las TRHA como única o primera vía para materializar el deseo de filiación biológica y generar posibilidades reales de canalizar este deseo por otras vías o incluso desestimarlos. Esta desarticulación no supone desconocer que, tal como se presiona socialmente a las mujeres para la maternidad, la imposibilidad de procrear y gestar conlleve para muchas padecimiento y sentimientos de falta de adecuación social; la subjetividad está siempre socialmente modelada.

El caso que analizábamos en el capítulo previo, de Luana y Marcel, se ajusta a este esquema de preservar el aporte de semen del padre social. La pareja estaba considerando una intervención de baja complejidad con semen de «donación» hasta que surgió la posibilidad de costear, con la «donación» de parte de los ovocitos que se recuperaran de Luana, una intervención *in vitro* que permitiría, por otra parte, la utilización del semen de

Marcel. Como Luana dejó claro en la entrevista, fue Marcel el que más se entusiasmó con lo que les estaban proponiendo.

La atención al «(...) deseo de una paternidad biológica por medio de una maternidad tecnológica» (Stolcke, 1991:82; en Jelin, 2010:163-164) habla, en el plano simbólico, del reforzamiento de una paternidad fundada en el aporte biológico que pueda hacer el padre social para la generación de la futura criatura. Cuando ese aporte no es técnicamente posible, y debe recurrirse a semen de «donante», el consenso social, que se expresa en el cuerpo técnico y en los proveedores de semen, es que hay una masculinidad herida que hay que proteger. Si bien, como advertía la técnica, no es fácil aceptar la recepción de gametos, ni cuando se trata de semen ni cuando se trata de óvulos, en el caso de la ovorecepción la gestación cierra -o se espere que cierre- en gran parte esa posible herida. Tampoco es una herida que se exprese en términos de feminidad; mientras a la masculinidad la hiere no poder fecundar, a la feminidad la lesiona no alcanzar la maternidad.

En el plano material, el reforzamiento de la paternidad biológica lleva a que la pareja deba transitar por una intervención de alta complejidad, en la mayoría de los casos una ICSI, lo que supone mayores costos económicos para las parejas o para el Estado, de la mano de la necesidad de utilizar tecnología de punta y del prestigio que este uso conlleva, y, por supuesto, un proceso de intervención hormonal y médica del cuerpo de la mujer que no ocurría de utilizarse semen de «donante» en un procedimiento de baja complejidad.

El intercambio con una especialista durante el trabajo de campo ilustra el prestigio que se adquiere mediante el trabajo biotecnológico en procedimientos de alta complejidad, a diferencia de lo que supone trabajar haciendo inseminaciones. La especialista se quejaba porque quienes están frente al Fondo Nacional de Recursos no comprenden, me decía, lo que involucran en costos las técnicas de alta complejidad (DdeC, 66-3-2018) «(...) yo pregunto, haciéndome la ingenua, “¿pero un médico no sabe lo que cuesta la medicina?”, a lo que la médica me aclara “sí, pero esto es diferente, acá son procedimientos en los que la tecnología es sumamente importante”». La reproducción *in vitro* es más que medicina.

El prestigio es un valor en la economía política, permite la acumulación de poder y de bienes.

Preservar la paternidad biológica, incluso cuando ésta pende, ya no de un hilo, sino de una célula, de la posibilidad de recuperar al menos un espermatozoide, es un modo de no lesionar la masculinidad, pero también es una vía para la acumulación de capital -dinero y prestigio- para las biotecnologías reproductivas. También de acumulación de un bien tanpreciado como los ovocitos, cuando la posibilidad de preservar la paternidad biológica se intercambia por este gameto, como en la historia de Marcel y Luana.

La masculinidad herida

Jorge, proveedor de semen (Ent., 23-3-2016), respondía a mi pregunta de «¿(...) te gustaría poder elegir a quien donarle tu material?» con un «Creo que no me corresponde» en el sentido de que es la pareja que demanda la intervención la que eventualmente debería poder elegir «donante». Pero, igual que Camilo, apuntaba a otro aspecto relativo al uso de semen de terceros que no parece estar tan presente cuando se trata de ovocitos para TRHA-D: el temor a herir la masculinidad del varón que no puede proveer semen para la procreación de su descendencia. Temor que se expresa de manera irónica en la frase «adulterio de probeta».

Jorge decía que en una pareja de lesbianas sería posible la elección del aportante de semen, «(...) pero en una pareja heterosexual puede llegar a complicar» (Ent., 23-3-2016). En este tipo de parejas, el semen de «donación» suplanta el semen del varón de la pareja. Camilo también refería a que el conocimiento del proveedor podía generar un problema, «Porque a veces las parejas se pueden cuestionar cosas» (Ent., 1-4-2016).

Esta idea que colocan Jorge y Camilo, de la repercusión diferente que tiene o podría tener el conocimiento del proveedor de semen para una pareja de lesbianas o una pareja heterosexual, me llevó a pensar acerca de qué otras cosas resguarda el anonimato, más allá de la identidad de la persona «donante» para la receptora, y viceversa. Sostengo que

el anonimato, además de resguardar la idea de familia, aspecto que analizo más adelante, busca resguardar la masculinidad herida del varón/padre social que no puede aportar su material biológico para la producción de su descendencia biológica.

Me gustaría puntualizar dos cosas antes de continuar. En primer lugar, cuando estamos frente a una donación de «semén», estamos ya en una situación en que la masculinidad no puede salvaguardarse mediante una ICSI. Con esto quiero reafirmar lo que señalaba antes, que lo primero que se intenta es que el varón aporte su semen a la reproducción. En segundo lugar, me gustaría advertir que el análisis que estoy proponiendo se centra fundamentalmente en los discursos del cuerpo técnico y en algunos datos existentes -el incremento de la ICSI y el destino del semen de «donante»-. Faltaría aquí conocer cómo dialogan estos discursos técnicos con los de los varones que, estando en relaciones heterosexuales y queriendo tener descendencia, atraviesan un procedimiento de reproducción asistida porque saben, o durante el que se les informa, que la calidad de su semen está comprometida. *¿Confrontan estos varones y parejas las opciones que el personal técnico les presenta?* Esto nos permitiría atisbar la existencia de procesos de transformación en las relaciones de género, paternidad, masculinidad y reproducción, en el diálogo con los procedimientos de TRHA-D. Con los datos que tenemos lo que podemos decir es que las historias de Luana y Marcel, así como la de Marcos y Rocío, que relatábamos en el capítulo anterior -Marcos y Rocío debieron recurrir a espermodonación porque Marcos tiene azoospermia-, reafirman lo que venimos afirmando.

Así, si bien existe una creciente relativización del aporte biológico para la constitución de la filiación, que está haciendo más aceptable la incorporación de semen de terceros en los procedimientos reproductivos una vez se tramita «(...) el duelo de la maternidad y paternidad biológicas» (Ent. Técnica 27-6-2016), esta relativización se tensiona con una preocupación aún presente por preservar la masculinidad lesionada del varón que no puede aportar material genético propio para la procreación de su futura descendencia. Esta salvaguarda del varón o de la «honra masculina» (Aragão, 1983; en Luna, 2005) resulta privilegiada incluso frente a la posibilidad de, recurriendo a un «donante» pariente, preservar la continuidad genética.

Se trata de una preocupación que estaba presente en los primeros procedimientos de uso de semen de «donación». En el Primer Congreso Mundial sobre Infertilidad y Esterilidad este cuidado de no lesionar al varón aparece como un asunto central. Se sugería así, la noche posterior al procedimiento de inseminación con semen de «donante» tener relaciones sexuales «(...) para darle un impulso al esperma»¹¹⁷ (Kleegman, 1953:338), con la finalidad de ofrecer al esposo la oportunidad de sentir que tiene una participación útil, además de «(...) darle la oportunidad por si le gustara mezclar su semen con el del donante»¹¹⁸ (Kleegman, 1953: 338).

Que esta preocupación permanezca, nos invita a relativizar las posibles expectativas con respecto a algunas transformaciones que parecen estarse dando en los vínculos entre sexualidad, masculinidad y feminidad. Existen estructuras profundas que parecen resistirse a la transformación.

Gametos de «donación», anonimato y parentesco «sin parientes»

La incorporación en la producción de un embrión de gametos que no provienen del padre y/o la madre social, es una instancia privilegiada para replantear la relevancia de la aportación genética para la filiación, porque en este proceso resulta evidente que las sustancias biogénicas que hacen posible la descendencia no crean por sí mismas filiación (Folguera, 2018). Es una instancia asimismo privilegiada para plantearse qué lugar ocupa quien provee el material reproductivo en las relaciones de parentesco en torno a la persona nacida de estos procedimientos.

Vamos a sostener que las condiciones de provisión y asignación de gametos en Uruguay, centradas en el principio de anonimato recíproco, producen lo que Bergmann define como un «parentesco sin parientes»¹¹⁹ (Bergmann, 2012: 353) que, más allá del objetivo

¹¹⁷ «(...) to give the sperm a boost».

¹¹⁸ «The husband is given the choice as to whether he would like to have his semen mixed with the donor's».

¹¹⁹ «relatedness without relatives»

explícito de que donante y receptor/a no se conozcan, busca ocultar la participación biológica de una tercera persona en la filiación. El anonimato obliga también a cuestionar la reciprocidad que supone el don.

¿El gameto como «don»? Cuestionando el principio de reciprocidad en el parentesco biotecnológico

El anonimato recíproco supone que quien provee material reproductivo para TRHA-D no conozca a las personas destinatarias de sus gametos, y viceversa: que la persona que recibe gametos de terceros no conozca a quien proporciona ese material reproductivo. Se entiende que esto resulta beneficioso porque no genera confusión en los vínculos con la futura criatura. Como me explica una de las técnicas en oportunidad de que ocurriera algo que se supone que no debe ocurrir, que un proveedor de semen se encontró en el ámbito de la clínica con una pareja de amigas receptoras de esperma, «(...) se intenta evitar que, por ejemplo, converjan en una reunión y ellas sientas “acá está tu hijo” o que él se conmueva pensando en que esa criatura puede ser su hijo» (DdeC, 25-5-2016).

En el campo en que se desarrolló esta investigación, mantener el anonimato se observa como algo central y es algo a lo que se le dedica un esfuerzo considerable. Una tarea casi de relojería (DdeC, 6-3-2018). Tener «todo en diferentes partes», refiriéndose a las hojas de registro de quienes proveen material reproductivo y de las personas o parejas que son receptoras, me explicaba una de las técnicas de El Laboratorio, es una manera de mantener el anonimato. También citar a «donantes» y parejas o mujeres receptoras en diferentes horarios colabora en esta tarea, sobre todo considerando que, tanto en El Laboratorio como en los Laboratorios *in vitro*, existe una única sala de espera. «El peligro es que se encuentren, porque la gente se pone a conversar y también porque se generan fantasías “ah, mirá, donante, ¿será la mía?”» (DdeC, 6-3-2018). Cuando sucede algo que se escapa a estos mecanismos de relojería, pudiendo poner en peligro el anonimato, se produce en quienes desarrollan esta tarea una especie de «conmoción»; así me describía su sentir la técnica el día que sucedió el encuentro entre el donante y la pareja de lesbianas que antes refería (DdeC, 25-5-2016).

En términos relacionales, el anonimato cuestiona el concepto tradicional de *don* elaborado por Marcel Mauss (1979). El don, en la teoría del intercambio, constituye el modo de reciprocidad privilegiado. Es una forma de establecer lazos sociales, de reconocimiento social, porque el don obliga a dar, al tiempo que a recibir y a devolver. Implica una relación de contrato, en la que las personas que intercambian se conciben en condiciones sociales de igualdad. Desde la concepción maussiana, el gameto en este contexto de provisión e intercambio no podría concebirse como un don, porque no supone la obligación de devolver y tampoco busca establecer una relación social.

La provisión de gametos de forma anónima sería así la antítesis de la posibilidad de establecer una relación parental que involucre a la persona donante. Como analiza Anne Cadoret (2003) para Francia, existen formas de parentesco que buscan ampliar la conformación de la familia para incorporar a todas las personas biológicamente implicadas en la reproducción de la descendencia. Estas formas de parentesco se conocen como coparentalidad y se conforman habitualmente por parejas de mujeres lesbianas cis-género y parejas de varones gays, también cis-género, en las que unos proveen el semen que la otra pareja necesita, mientras la pareja de lesbianas aporta el óvulo y la gestación. La persona o personas que nace(n) del procedimiento se inscriben como hijos/as de ambas parejas, con todo lo que eso involucra.

En las últimas décadas varios países han levantado el anonimato en la provisión de gametos: Suecia (1984, para la «donación» de semen), Austria (1992), Suiza (1999), Noruega (2003), Holanda (2004), Nueva Zelanda (2004), Reino Unido (2005), Finlandia (2006) y diversos estados australianos (2011). En otros países se permite optar por la «donación» anónima o no anónima: Islandia (1996), Bélgica (2007), Dinamarca (1997). En Estados Unidos se puede acceder a diverso tipo de información dependiendo de lo que la persona «donante» quiera dar a conocer (Rivas, Alvarez Plaza y Jociles, 2018), lo que marca un cambio sustantivo con respecto a cuando se empezaba a implementar en Estados Unidos el uso de semen de «donación», en la década de 1950; en ese entonces la absoluta anonimidad de quien aportaba el material reproductivo era indiscutible, «Es estrictamente

imperioso el absoluto anonimato entre donante, esposo y esposa»¹²⁰ (Kleegman, 1953: 337).

Si bien el levantamiento del anonimato no es lo mismo que la coparentalidad, en tanto no supone que el aporte de material biológico inscriba a la persona en una relación de tipo familiar, permite sí el establecimiento de relaciones sociales en las que la persona aportante de material reproductivo pueda implicarse, en diversas formas y profundidad, en la vida de la persona nacida y sus redes familiares. En este nuevo contexto, encontrar un lugar para el donante puede convertirse en el mayor reto para estas familias en los años venideros, advierte Hertz (2018:308) Por eso Hertz (2018) señala que, en Estados Unidos, donde actualmente se está levantando el anonimato para la provisión de gametos, estamos en un momento y en un contexto social en el que proveer material reproductivo para TRHA-D supone más reciprocidad que en el pasado.

Considero, sin embargo, que esta reciprocidad que augura Hertz (2018) debe ser tomada con cautela y que deben precisarse sus términos, cuando de lo que hablamos es de una relación social devenida de un intercambio comercial.

En Uruguay, las formas de retribución que encuentra la provisión de gametos son la compensación monetaria, definida como «lucro cesante»; el acceso a una intervención de alta complejidad en el caso de la «donación» mixta de ovocitos; y la posibilidad de acceder a exámenes clínicos y genéticos. La compensación no pasa por el reconocimiento social del otro, sino por una retribución de otro orden.

El acceso a exámenes genéticos resulta una compensación promovida por el personal técnico y subjetivamente considerada un beneficio por quienes se involucran en los procedimientos como proveedorxs de gametos. En el caso de quienes proveen semen, a la información genética se suma la posibilidad de obtener información sobre la capacidad fértil de su esperma. Quienes «donan» consideran que se trata de exámenes que nunca se harían, por el alto costo que suponen y que por tanto resultan una retribución valiosa.

¹²⁰ «Absolute anonymity between donor, husband, and wife is rigidly enforced».

Los exámenes clínicos, que están buenísimo primero porque te ayudan a entender todo el tema de cómo funciona y por qué, para qué los hacen, eso está bueno. Está bueno para vos, porque son exámenes genéticos que en mi vida imaginé hacérmelos (Ent. Lorenzo, proveedor esperma, 10-10-2016)

Entrevistadora: ¿Eso que te hagan exámenes te agrada, o no? ¿La posibilidad de que te puedan decir algo que no sabías o no querías saber?

Jorge: En realidad lo tomo bien sencillo: suma. (...) Es como un plus (Ent., proveedor esperma, 23-3-2016)

(...) el estudio genético que te hacen acá en Uruguay no te lo podés hacer así que es muy bueno poder hacerte ese estudio genético y todas las enfermedades que podrías llegar a tener. (Ent., Camilo, candidato a proveer esperma, 1-4-2016)

También tiene la ventaja de que, antes de empezar con el procedimiento, te hacen un montón de exámenes que mi hermana me explicó que eran muy caros, (...) Entonces también está bueno. (Ent., Clara, proveedora de óvulos, 2-4-2018)

Así, tanto el personal técnico como las personas «donantes» comparten el paradigma biogenético que explica la ocurrencia de ciertas enfermedades por causas genéticas, un paradigma interpelado en el diálogo con otros saberes, creencias y formas de entendimiento, pero que en este contexto cobra vigencia. Claudia Fonseca (2016) cuestiona este paradigma señalando que incluso la certeza en el «gen» para explicar el desarrollo de determinados padecimientos, como el síndrome de Down (Rapp, 2000; en Fonseca, 2016) o el Alzheimer (Lock, 2008; Fonseca, 2016), es una idea que cada vez parece hacer menos sentido, o que por lo menos no tiene el mismo peso explicativo para todas las personas. A pesar de estos cuestionamientos, el paradigma biogenético se reafirma en estos procedimientos y cobra valor para el intercambio.

Anonimato y matching: la invisibilización del trabajo de provisión de gametos

Mencionaba antes el encuentro entre el proveedor de esperma y una pareja receptora en el que la técnica de El Laboratorio vio peligrar el anonimato. Ese suceso me hizo evidente, sin embargo, que el anonimato en el campo significa más que evitar el conocimiento entre quienes dan y quienes reciben gametos de «donación». Porque, si bien la técnica podía hacerles saber a la pareja que esperaba la espermodonación que era seguro que esa persona que ellas conocían no iba a ser «su donante», *¿por qué no quebrar la fantasía mediante la palabra e igual asignar el material reproductivo a la pareja?* Anonimato recíproco de por medio, ninguna de las partes sabría que se había roto la promesa, porque en términos de procedimiento, el anonimato estaría siendo respetado. Pero esto no se hace. Y frente a una situación en que la escasez de gametos no dejara otro recurso que recurrir al esperma de ese donante que podría no resultar tan anónimo, se preferiría no realizar la intervención.

La producción de un «parentesco sin parientes» (Bergmann, 2012:353) no permite solamente excluir a quien provee gametos de las relaciones de parentesco. Habilita un paso más: su ocultamiento, la invisibilización de la existencia de una persona proveedora; esto para las parejas heterosexuales, puesto que en las parejas homosexuales -cis género- la necesidad de recurrir a material biológico por fuera de la pareja resulta obvia. Alvarez Plaza (2008a: 73) refiere en este sentido a la población donante como «población clandestina». Lo que circula son gametos, una célula, biología. Para ello resulta necesario separar simbólicamente al gameto de las relaciones sociales a las que estaría socialmente vinculado; la primera relación social es con la persona proveedora.

Son entonces necesarias dos operaciones simbólicas para la producción de un parentesco biotecnológico con gametos de «donación» en el marco de las condiciones aquí analizadas. Una primera operación en la que el gameto es vinculado a la persona proveedora y con ella a su linaje genético.

Si la persona candidata a proveer gametos no conoce su linaje, no puede «donar», porque no puede brindar información sobre antecedentes familiares biológicos. El relato sobre

antecedentes familiares por parte de la persona candidata a «donación» y la realización de exámenes genéticos, se entienden como vías de información complementarias. De hecho, las personas que han sido adoptadas no pueden proveer gametos para TRHA-D.

La segunda operación, luego de esta evaluación de las posibilidades de incorporar un gameto para la reproducción biotecnológica, es su separación del linaje previo para poder aportar a la constitución de un nuevo linaje; ésta es condición *sine qua non* para que un gameto pueda aportar a la reproducción biotecnológica del parentesco en este contexto. El «gen» se autonomiza de vínculos sociales previos para producir otros vínculos.

En las prácticas biotecnológicas de manejo del semen, por ejemplo, este borramiento de la persona proveedora, junto con sus relaciones de parentesco previas, se evidencia y produce en la quita de la etiqueta que vincula ese material con quien fue su proveedor y su re-rotulación una vez que se descongela con el apellido del varón de la pareja, en el caso de una pareja heterosexual –cuando se trata de una mujer sin pareja o una pareja de lesbianas, ingresa con el apellido de la mujer receptora- (Ent., 27-6-2016).

El anonimato permite entonces la no inclusión de ese otro aportante biológico en las relaciones sociales que hacen a la filiación. Va en un sentido opuesto a la coparentalidad (Cadoret, 2003) y a la reciprocidad en términos del don (Mauss, 1979), como advertíamos previamente. Hay un reconocimiento de ese otro como aportante biológico, pero una ausencia de reconocimiento como persona.

Pero el anonimato también habilita el ocultamiento, de la mano del matching o búsqueda de similitudes fenotípicas entre quien provee gametos y quien o quienes los reciben. Salem describe la práctica del matching como una «(...) manipulación social de los orígenes genéticos»¹²¹ (Salem, 1995: s/p; en Luna, 2005: 408) que busca emular lo que se entiende sucedería en el parentesco biológico. El modo en que se produce esta emulación evidencia la existencia de un modelo duo-genético (Strathern, 1995) para el parentesco biológico, porque se busca sustituir «pieza por pieza»: si lo que está ausente

¹²¹ «(...) manipulação social das origens genéticas».

es el ovocito, se busca una proveedora con características fenotípicas similares a la madre social, que se supone debería aportar el ovocito; lo mismo ocurre con el padre social y el aporte de semen. El padre y la madre sociales, en este modelo, serían responsables cada uno de la mitad de la genética de la descendencia. El matching se encarga de resguardar esta equivalencia.

Bergmann (2012) propone abordar el matching como una técnica que produce y naturaliza parentesco con, y a pesar de, la «donación» de gametos. Esta idea de «a pesar de», se articula con lo que antes señalábamos: la invisibilización de la donación resulta deseable. Si bien para las parejas homosexuales o las mujeres sin pareja, la necesidad de incorporar gametos de terceros en los procedimientos biotecnológicos reproductivos resulta obvia, no lo es para las parejas heterosexuales. Para éstas «pasar por parientes»¹²² (Bergmann, 2012) permite sostener una «(...) ficción socialmente relevante»¹²³ (Ariza, 2015:6).

El ocultamiento para con el entorno social cercano de estas parejas de las circunstancias en las que han conseguido alcanzar la filiación es generalizado y da cuenta de la falta de una total aceptación social de estos procedimientos; esto ocurre en Uruguay según lo que he podido indagar en esta investigación y en la realizada para mi tesis de maestría, y lo menciona también Ariza con respecto a Argentina (2015).

Más allá del ocultamiento social de las condiciones que posibilitaron la filiación, actualmente se aconseja revelar a los hijos la forma en que han sido engendrados afirmándose que la falta de información sobre el/la donante puede ser perjudicial (Snowden, 1990; Daniels y Taylor, 1993; en Rivas, Jociles, Alvarez Plaza, 2018). En la conversación con una de las parejas con las que me entrevisté, Rocío y Marcos (Ent., 13-3-2018) que ya tienen una hija de 8 años nacida mediante inseminación *in vitro* con semen de «donante», me expresaban su preocupación de cómo transmitirle esas circunstancias a su hija. Rocío me contaba que la otra vez la niña había visto en la tele que se hablaba del caso de un papá que no era el padre «verdadero» de quien se suponía era el hijo o hija y

122 «passing for kinship».

123 «(...) socially relevant fiction».

aprovechó la situación para preguntarle a su hija «“¿Qué pasaría si papá o mamá no fueran tus papás verdaderos?””, “nada, si yo los quiero igual”. Ella no sabe por qué preguntamos». El sentido de «verdadero» se asocia al aporte de material biológico. Es una evidencia de la naturalización del aporte genético para, en este caso, la paternidad. Al mismo tiempo, la creciente tematización de la incorporación de gametos de terceros en la producción de una descendencia, habla de una cada vez mayor visibilidad y normalización de estos procedimientos.

El consejo experto de que es mejor comunicar a los niños nacidos de estas biotecnologías las condiciones de sus orígenes, contrasta con las prácticas que llevan a cabo las familias heteroparentales, menos partidarias de la comunicación a sus hijos e hijas sobre cómo han sido concebidos.

El *matching* y la reproducción de los límites raciales

Sea para la conformación de familias lésbicas, heterosexuales o familias con una mujer como única progenitora, la necesidad del *matching* no se discute y es una prerrogativa del equipo técnico. Así, aunque hubiera deseo de utilizar cualquier gameto, el cuerpo técnico «(...) toma para sí la responsabilidad de garantizar que la reproducción sea hecha entre “semejantes”»¹²⁴ (Costa, 2004: 241). Debido al anonimato, las parejas o mujeres receptoras de gametos no acceden más que a información sobre el fenotipo de la persona proveedora.

Las características fenotípicas que se busca aproximar son: tono de piel, complexión, color de ojos y color de cabello. En su estudio sobre provisión de semen en San Pablo (Brasil), Costa (2004) señala que, además de anotar algunos rasgos fenotípicos que pueden resultar visibles para el personal técnico, se pregunta a quienes proveen gametos sobre su religión, ocupación y hobbies. El objetivo, explica la autora, es que en casos de que el personal tenga dudas para la adjudicación, se selecciona aquel con quien el receptor

¹²⁴ «(...) tomam para si a responsabilidade de garantir que a reprodução seja feita entre “semelhantes”».

se sienta más identificado. En un mercado de gametos tan limitado como el de Uruguay, en cambio, el matching se ve limitado a los rasgos fenotípicos.

Muchos de estos rasgos fenotípicos que se busca emparentar entre «donante» y receptor/a, son difícilmente evaluables y, si bien se consideran biológicamente dados, en realidad no son parte de la biología, «(...) los gametos no tienen color de piel, la posible expresión genética del color de piel es negociada a partir de la apariencia de la persona donante» (Thompson, 2009: 240).¹²⁵

Así, la evaluación de estos rasgos depende en gran medida de la subjetividad de quien procesa la selección. Como señala Delaney (1986: 72; en Costa 2004: 246): «(...) el parecido está en el ojo que observa».¹²⁶ Una de las técnicas que gestiona el Programa de Donación de Semen me decía que ella prefiere manejarse con fotos de las personas «donante» porque eso le proporciona más confiabilidad al momento de contemplar las similitudes fenotípicas para asignar las muestras (DdeC, 18-4-2015). «También me dijo que, cuando son mujeres solas no importa tanto, pero que, cuando se trata de una pareja [heterosexual], ella se esmera mucho para que el donante sea bien parecido al varón de la pareja» (DdeC, 18-4-2015).

A propósito de esta dificultad de establecer diferencias/similitudes, Bergmann (2015) advierte que, en Europa, el «ser blanco» no es un rasgo estable, porque hay diferentes grados de blanquitud: por lo pronto, una diferencia entre el caucásico y el mediterráneo. Así, establecer a qué tipo de blanquitud pertenecen «donante» y receptor/a, requiere de un adiestramiento en la realización de esta operación de distinción, al tiempo que la observancia estricta y la producción material de estas diferencias habla de la relevancia de este procedimiento de diferenciación.

Costa (2004) y Thompson (2009) advierten que el color de la piel solo cobra sentido en la donación de gametos cuando está situado en patrones de diferenciación de raza y de

¹²⁵ «Because gametes have no skin color, the possible genetic expression of skin color is negotiated via the donor's appearance».

¹²⁶ «(...) resemblance is in the eye of the beholder».

estratificación y discriminación), porque además son estos patrones socialmente instaurados los que permiten un aprendizaje social de estas diferencias, los que permiten trazar una distinción entre propiedades que en realidad son relativas (Thompson, 2009). Es la raza como categoría clasificatoria la que permite identificar y establecer diferencias específicas entre atributos relativos y subjetivos (Ariza, 2015) naturalizándolos como atributos de raza. Se produce así «(...) una ecuación entre lo que es visto, lo que es real y lo que es natural»¹²⁷ (Strathern, 1992: 52; en Ariza, 2015: 8).

Esta operación de diferenciación/igualación atiende así al parentesco en el marco de consideraciones más amplias acerca de la reproducción de la sociedad en su conjunto. Biopolítica del parentesco (Ariza, 2012) y biopolítica de las poblaciones, son dos dimensiones de estas bioeconomías reproductivas.

Al seleccionar/deseleccionar atributos en la provisión de gametos, se está seleccionando/deseleccionando atributos en la población. El análisis de los requisitos fenotípicos muestra cómo se ponen en juego las categorías de nacionalidad, raza y etnicidad, así como los límites y posibles flexibilidades para estos criterios de emparejamiento (Bergmann, 2015). «Clasificar es una tarea performativa»¹²⁸ (Bergmann; 2015: 236).

Si bien la prioridad es el matching en términos de seleccionar rasgos fenotípicos para la futura descendencia, rasgos presentes en los «padres de intención», sucede en ciertas circunstancias que no se tienen gametos que «porten» tales rasgos. Uno de los técnicos que trabaja en la provisión de ovocitos para TRHA-D (Ent., Técnico, 5-8-2015) me contaba que en una oportunidad había acudido una paciente asiática que necesitaba una «ovodonación» y que él le había explicado que conseguir una «donación» con esas características era imposible «¿Cuántos orientales hay en Uruguay, y que sean donantes?», porque ella quería, y pretendía que fuera oriental. Si se presentara hoy una japonesa como donante no la estudio».

¹²⁷ «(...) equation between what is seen, what is real and what is natural».

¹²⁸ «Classification is an active and performative task (...)».

Cuando el especialista señala que si se presenta una candidata a provisión de ovocitos con características asiáticas no la estudiaría, lo que está advirtiéndolo es que la ausencia de gametos de «donantes» asiáticas se debe a una decisión técnica que es al mismo tiempo una decisión económica: no se estudia una «donante» asiática porque probablemente no exista demanda para que esa mujer realice el *trabajo clínico* (Waldby y Cooper, 2008) de provisión de ovocitos y no se asigna a una receptora un gameto que no vaya en consonancia con sus rasgos fenotípicos, porque eso no se considera deseable. Es la propia gestión de la provisión de gametos la que produce la escasez de ciertos fenotipos porque su producción no resulta económicamente rentable y/o socialmente adecuada.

En el mismo sentido, Rosely Costa (2004) menciona que en un banco de esperma en San Pablo, en donde las muestras se pagan, hay pocos donantes negros porque hay pocos negros que tienen la capacidad económica para pagar por una muestra de semen. Evaluar si la falta de tales fenotipos obedece más a criterios económicos o al desinterés de reproducir ciertos rasgos, resulta por tanto improcedente, en tanto bioeconomía y racialización son mutuamente constitutivos.

Considerando que el acceso a las TRHA encuentra dificultades económicas como veíamos en el capítulo anterior y más allá de las posibilidades que brinda la Ley 19.167, resulta evidente que los fenotipos más requeridos serán los de quienes puedan costear este acceso. En el caso del componente étnico-racial afro en la sociedad uruguaya, resulta poco probable que existan pacientes que demanden este tipo de fenotipo, además de porque la población afrodescendiente aún ocupa las parcelas socioeconómicas más pobres, (Scuro Somma, 2008) la población afro tiene tasas de natalidad por encima el promedio de la población general.

Previendo así una ausencia de demanda de provisión de gametos para TRHA por parte de la población afro y por tanto una escasez de oferta para esta población también, podemos advertir con Ariza (2015) que el modo en que se gestiona la provisión y asignación de gametos para TRHA-D tiende a una preservación de los fenotipos blancos. Por otra parte, y considerando el importante ingreso de migrantes de otros países latinoamericanos en la última década de este siglo XXI, le consulté a uno de los especialistas que entrevisté, si

podría considerarse como «donante» una persona perteneciente a esta última corriente migratoria,

Todo depende por qué quiere donar. Hay muchos factores que la van a descartar. O sea que guiarse solo por un interés económico, que eso le va a solucionar la vida, una migrante, boliviana, por ejemplo, que vino acá a buscar trabajo como empleada doméstica y no lo consigue y quiere ser donante para ver si con eso puede comer un mes, no. Ya la van a descartar [nombra el laboratorio] si ven que esa es su motivación, lo que sea. Vos tenés que adaptarte, si hay elementos raciales, étnicos, los tenés que tomar en cuenta. Vos no podés tomar una persona con rasgos indígenas, por ejemplo, porque no tenés a quién. (Ent., 5-8-2015)

Así, la falta de determinados fenotipos en la provisión de gametos, una falta técnicamente producida en base a condiciones bioeconómicas y culturales, se presenta como una situación dada que en la práctica permite sostener, como naturalmente fundada, una reproducción social que privilegia determinados atributos poblacionales frente a otros.

CAPÍTULO VII

GÉNERO, BIOCAPITALISMO Y MUJERES REFLEXIONES A MODO DE SÍNTESIS

Esta investigación comenzó con la indignación frente al relato de Andrea, indignación que se convirtió en el impulso para querer comprender los procesos de obtención y uso de material reproductivo de «donación» y el lugar de las mujeres en estos procesos. Se me hizo evidente primero, que este es un proceso productivo para el intercambio y que en este intercambio ovocitos y espermatozoides no resultan materiales equivalentes. Tampoco son equivalentes los costos sanitarios que supone la producción de uno y otro material, ni el modo en que se gestiona esta producción. *¿Cuáles son las razones de esta diferencia, cómo se la construye y con qué objetivos?*

La pregunta me condujo a indagar en dos niveles: en la construcción de las relaciones de género para la procreación y conformación del parentesco biotecnológico; y, en las relaciones de género para la producción de la biología reproductiva que se dispondrá al intercambio de forma de asistir a la filiación biotecnológica.

El postulado del feminismo marxista de que es necesario analizar las jerarquías de sexo resultantes de las relaciones de género, en interrelación con las jerarquías de clase consecuencia de una economía política capitalista, se hacía evidente si lo que quería era iluminar, en el contexto de ese proceso productivo, reproductivo, biotecnológico y bioeconómico, qué pasaba con las mujeres aportantes de ovocitos. Responder esta pregunta implicaba hacerse una pregunta previa, *¿quiénes son las donantes de ovocitos?*

De esta investigación se evidencia que las proveedoras de ovocitos son mujeres que dan parte de sus gametos a cambio de solventar los costos de un «tratamiento» reproductivo propio, o mujeres que encuentran en la retribución económica obtenida por su provisión una «ayuda» económica para una situación de vida, a veces económicamente insostenible, otras no tanto, pero nunca económicamente holgada. Esto confirma lo que señala Barrancos (2015), de que las condiciones socioeconómicas de quienes proveen ovocitos

y de quienes proveen espermatozoides no son equiparables. La provisión de óvulos se sostiene así en condiciones socioeconómicas de desigualdad. Y también existe una brecha económica entre quienes proveen ovocitos y quienes, aún siendo capaces biológicamente de producir este material reproductivo, no se disponen al trabajo clínico que implica su provisión en el marco de las TRHA.

Esto se condice con las afirmaciones de diversos autores (Waldby y Cooper, 2008; Scheper-Hughes, 2001) que advierten que los costos sanitarios de procedimientos biotecnológicos, no solo en el marco de las biotecnologías reproductivas sino de otras bioeconomías, recaen, cuando se trata de bioeconomías con dimensiones globales, sobre la salud de quienes ocupan las geografías políticas más desfavorecidas. En el caso de las bioeconomías aquí analizadas, constreñidas a límites territoriales nacionales, recaen sobre quienes se encuentran en los cinturones de pobreza «(...) las mujeres inmigrantes pobres en Europa ofrecen en internet donar sus óvulos o rentar sus vientres al mejor postor» (Barnett & Smith 2006; en Stolcke, 2010:23). *¿Qué sucederá con el actual y creciente contingente de migrantes de países no limítrofes hacia Uruguay? ¿Serán estas mujeres las futuras proveedoras de ovocitos en el contexto de estas bioeconomías reproductivas?*

A partir de la investigación es posible sostener, asimismo, que los márgenes de biodisponibilidad para la provisión de ovocitos se amplían a partir de mecanismos que, si bien son de diversa índole, coadyuban a esta disposición.

Uno de estos mecanismos es la obtención de ovocitos de «donación» a partir de estrategias que se ubican al margen de los carriles institucionales previstos -los Programas de Ovodonación-, y que buscan canalizar hacia la «donación» material biológico «sobrante» de algunos procedimientos. Me refiero específicamente a las situaciones en las que una mujer atraviesa un procedimiento de reproducción *in vitro* y produce una cantidad de gametos que excede el que resulta necesario para su intervención. En tales situaciones, en el sistema de «donación» mixta, se puede proponer a la mujer «donar» el «excedente». Si bien podría parecer que no se estimula a la mujer para esta provisión, sino que es un resultado no esperado, lo que quiero sostener es que la manera en que biotecnológicamente se interviene al cuerpo femenino, y que hace parte de lo que

denominamos en esta investigación como economía espermática (Raymond, 1995), produce esta posibilidad.

La existencia de ovocitos «sobrantes» resulta posible a partir de la sobreproducción de este material biológico en el contexto de una intervención biotecnológica sobre una biología que, en términos de productividad, se entiende naturalmente deficitaria. La producción de ovocitos necesita en este esquema productivo de la intervención biotecnológica para que resulte redituable, necesita llevar el cuerpo productor de ovocitos a lo que hemos denominado una «economía espermática». El *trabajo clínico* para la producción de ovocitos se rige por esta economía espermática que, al orientarse a la sobreproductividad, al exceso, genera un impacto negativo -todavía no suficientemente investigado- en la salud de la «donante»; lo mismo sucede para quien se asiste en el marco de estas biotecnologías reproductivas.

Por eso el excedente no es un imprevisto, sino que es una consecuencia posible -y seguramente esperada en un contexto en el que el ovocito es un bien tanpreciado-, de la sobreproducción. Este material «sobrante» es requisito de la actuación biotecnológica, se produce como tal en el contexto de esta actuación, y permite la producción y acumulación de valor, *biovalor*, en el contexto de esta bioeconomía: son ovocitos que en lugar de descartarse o vitrificarse, se ponen a circular, permitiendo la realización de otras intervenciones biotecnológicas.

Un segundo mecanismo que amplía la biodisponibilidad para la provisión de ovocitos de «donación» es la laxitud en los controles institucionales existentes. Aun contando con un marco legal que obliga a llevar un contralor de los procedimientos sigue habiendo una descoordinación administrativa entre las clínicas que habilita la laxitud en el control de la cantidad de veces que una misma persona puede «donar» ovocitos. Esta laxitud beneficia a la empresa biotecnológica, porque le provee de un material biológico que se construye como imprescindible para el éxito de las intervenciones, pero va en desmedro de la salud de las mujeres que «donan». También existe una laxitud en el control de la provisión de semen, pero esto no impacta directamente en la persona proveedora, sino

que contraviene lo que se entiende hace a una reproducción deseable: la inexistencia de endogamia.

La ausencia de un cuestionamiento a esta provisión, visible en la invisibilización -valga la contradicción-, que se da de la posibilidad de acceder a gametos de «donación» como parte de la ampliación de los derechos reproductivos mediante la sanción de la Ley 19.167, es también un elemento que coadyuba a esta ampliación de la biodisponibilidad de la provisión de ovocitos. Esta invisibilización de la particularidad de la provisión de ovocitos con respecto a la de espermatozoides, se refuerza asimismo con la idea de que ambas provisiones constituyen un mismo Banco de Gametos, una homologación que no contempla la diferencia de los costos que sobre la salud tienen una y otra provisión, considerando una idea de riesgo abstracta, no construida a partir del diálogo entre biotecnologías y cuerpos concretos (Ariza, 2016).

La frase «el acceso a las TRHA es como el derecho al aborto, pero al revés», sobre la cual me detuve en el capítulo III, muestra la dificultad que para el feminismo tiene advertir la economía política de las relaciones de género. La ampliación del parentesco homosexual y de la posibilidad de que mujeres sin pareja tengan una maternidad biológica, aparecen como avances en la equidad de género. Son un avance, pero lo que señalo es que mirar solo esta dimensión obnubila un abordaje más complejo que contemple el análisis conjunto de la economía política y el género en estos procedimientos.

Desde este abordaje conjunto podemos señalar, en primer lugar, que la provisión de ovocitos de «donación», en Uruguay, está en mayor medida al servicio del parentesco heterosexual, mientras el semen de «donación» se destina al parentesco lesbiano o a las mujeres sin pareja. Si bien en un principio esta afirmación resulta una obviedad, porque el parentesco lesbiano y las mujeres sin pareja necesitan el gameto masculino, no resulta tan obvio si se considera que lo que se busca es privilegiar el aporte biológico del padre social a su descendencia. En un contexto biotecnológico previo al desarrollo de la ICSI, al no existir la tecnología idónea para poder generar un embrión *in vitro* a partir de un espermatozoides con condiciones biológicas insuficientes para la fecundación, simplemente este espermatozoides se desechaba y se recurría a semen de «donante». La ampliación de las

posibilidades técnicas en la actualidad amplía también el deseo de resguardar la paternidad mediante la aportación biológica del semen y se conjuga con un orden de género que ancla la maternidad en los procesos de gestación, parto y amamantamiento, mientras que instituye la paternidad en el vínculo biológico entre el varón y su descendencia. Como advierte Alvarez Plaza (2008b), simbólicamente el equivalente del semen no es el ovocito, sino el útero.

Este reforzamiento de la paternidad biológica a instancias de la maternidad tecnológica afianza la idea de Raymond (1995) de que, en una economía espermática, la maternidad es concebida principalmente como un «entorno» y la paternidad como el acto de eyacular. El privilegio de la paternidad biológica supone, en términos de intervención, que la pareja pase por un procedimiento *in vitro* -que podría haberse evitado de usarse semen de «donación»-, con lo que ello implica en cuanto al aumento de la hormonización del cuerpo femenino, el aumento de los costos y la posibilidad, cuando la pareja no puede pagar la intervención y la mujer tiene una buena producción ovocitaria, de obtener parte de los ovocitos que esa mujer en «tratamiento» reproductivo produce, como material necesario para llevar adelante otro procedimiento. Volvemos en este punto al aporte bioeconómico que esta intervención puede significar para las biotecnologías reproductivas; aporte que no hubiera existido de realizarse una inseminación con semen de un tercero.

Advertimos también que no se trata solo de acumular poder económico, sino también prestigio. Cuanto más especializadas son las intervenciones, más es el prestigio y también los costos que estas conllevan. «Las biotecnologías reproductivas son más que medicina», decía una de las especialistas con quienes conversé.

La ampliación de estas otras formas de configuración familiar de la mano de las biotecnologías reproductivas, si bien da cuenta de ciertas transformaciones en la dimensión del parentesco, el hecho mismo de que esta ampliación dependa en términos materiales de la intervención biotecnológica resulta en un incremento de la capacidad económica y política de esta empresa. Se clausura así otras relaciones sociales para la conformación del parentesco lesbiano o de la maternidad sin padre por elección, como la inclusión de material biológico de un proveedor amigo o la conformación de otros

modelos de familia a partir de la realización, por ejemplo, de un proyecto parental mancomunado entre una pareja de varones y otra de mujeres, como ha analizado Anne Cadoret (2003) en Francia.

En la discusión entre Fraser (2000) y Butler (2002) sobre los vínculos entre parentesco, regulación sexual y capitalismo, Fraser sostiene que mientras en sociedades no capitalistas el parentesco organiza el matrimonio y las relaciones sexuales, pero también el proceso de trabajo y la distribución de los bienes -como ya lo había señalado Meillasoux (1998) en su libro «Mujeres, graneros y capitales»-, en el capitalismo la organización socioeconómica y política son relativamente autónomas con respecto a las relaciones de parentesco. Para Fraser (2000) «(...) en la sociedad capitalista, el vínculo entre el modo de regulación sexual, por un lado, y el sistema de las relaciones económicas especializadas cuya razón de ser es la acumulación de plusvalor, por otro, se da de forma atenuada». Así, según Fraser, las luchas por el reconocimiento de las identidades no heterosexuales no amenazarían directamente al capitalismo.

A partir del análisis aquí realizado, podemos afirmar que la conformación del parentesco lesbiano y la maternidad sin padre por elección con intervención biotecnológica, lejos de amenazar al capitalismo colabora en su profundización, posibilitando la acumulación económica a través de la provisión de material reproductivo. Pero esto no quiere decir que organización socioeconómica y política sean relativamente autónomas con respecto al parentesco, sino que, por el contrario, lo que Diniz y Gomez Costa (2006) definen como flexibilización de la moral sexual, está impulsada en gran medida por la lógica del mercado. El capitalismo acumula a partir de la ampliación del *parentesco homosexual* (Butler, 2003).

Biotecnologías, bioeconomías y género son mutuamente constitutivos.

REFERENCIAS

Bibliográficas

Abracinskas, L.; López Gómez, A. (2006). «Monitoreo de políticas públicas en salud sexual y reproductiva desde la sociedad civil» en Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, *II encuentro Universitario. Salud, género, derechos sexuales y derechos reproductivos. Alcances en investigación nacional*. Montevideo: Universidad de la República.

Abracinskas, L. (1998). «¿Hacia dónde va la reproducción Humana?» en *Cotidiano Mujer*, (26). Disponible en: <https://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/revistas/10-cotidiano-mujer-no26/12-hacia-donde-va-la-reproduccion-humana> [Consultado el 4 de julio de 2012].

Ahuja, K.K., Simons, E.G; Edwards, R.G. (1999). «Money, morals and medical risks: conflicting notions underlying the recruitment of egg donors». *Human Reproduction*, 14 (2), pp.279–284.

Alvarez Plaza, C. (2015). «Sexo sin reproducción y reproducción sin sexo. Sexualidad y salud reproductiva de los donantes de semen y óvulos». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXX (2), julio-diciembre, pp. 469-484.

Alvarez Plaza, C. (2008a). «La materia humana en un alamabique: Nuevos modos de engendrar y la asimetría de la donación de semen y óvulos» en Piella Vila, A., Sanjuán Nuñez, L. y García, H. (coords.) *Construyendo intersecciones. Aproximaciones teóricas y aplicadas en las relaciones entre los ámbitos de parentesco y la atención a la salud en el contexto intercultural*. País Vasco: Donostia Ankulegi Antropología Elkartea.

Alvarez Plaza, C. (2008b). *La búsqueda de la eterna fertilidad. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos*. Madrid: Alcalá Grupo editorial.

Álvarez Plaza C., y Pichardo Galán, J.I. (2018). «La construcción del “buen donante” de semen: selección, elección, anonimato y trazabilidad». *Papeles del CEIC*. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/497096>. [Consultada el 3 de octubre de 2018].

Alvarez Plaza, C.; Pichardo Galán, J.I. (2017). «Mercancía o don: Bancos de semen y autonomía reproductiva». *Revista de Antropología Iberoamericana*, 12 (3), Septiembre – Diciembre, pp. 339 – 363.

Amador Jiménez, M. (2010). «Biopolíticas y biotecnologías: reflexiones sobre maternidad subrogada en India». *Ciencia, Tecnología y Sociedad*, nº 6, julio-diciembre, pp. 193-217.

Ariza, L. (2016a). «Cuerpos abstractos, riesgos concretos: dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina». *Salud Colectiva*, 12(3), pp. 361-382.

Ariza, L. (2016b). «“No pagarás”: el Consentimiento Informado como productor de solidaridad en la medicina reproductiva». *Ciencia, docencia y tecnología*, nº 52, pp. 240-268.

Ariza, L. (2015). Keeping Up Appearances in the Argentine Fertility Clinic. Making Kinship Visible through Race in Donor Conception», *Tecnoscienza*, 6 (1), pp. 5-3.

Ariza, L. (2013). *The Normativity of Nature: Morality, Variability and Kinship in the Gamete Exchange*. Tesis PhD in Sociology, Department of Sociology, Goldsmiths, University of London. [Inédita].

Ariza, L. (2012). «Gestión poblacional del parentesco y normatividad» en Jones, D.; Carlos Figari C.; Barrón López S. (eds.) *La producción de la sexualidad. Políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Badinter, E. (1984). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal, siglo XVII al XX*. Barcelona: Paidós.

Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III: La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.

Barrancos, D. (2015). «Dilemas éticos de la reproducción tecno-mediada: una reflexión más allá de la cosmovisión religiosa». *Sociedad y Religión*, XXV (44), pp. 155-179.

Bergmann, S (2015). «Assisted authenticity: Naturalisation, regulation and the enactment of “race” through donor matching» en Kaantsa (et al.) *(In)Fertile Citizens Anthropological and Legal Challenges of Assisted Reproduction Technologies*. Grecia: Universidad de Aegean.

Bergmann, S. (2012). «Resemblance that Matters: on Transnational Anonymized Egg Donation in Two European IVF Clinics» en Knecht M.; Klotz M.; Beck, S. (eds.). *Reproductive Technologies as Global Form. Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*. Frankfurt: Campus Verlag.

Bourdieu, P.; Passeron, JC. (2001). *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. España: Editorial Popular.

Brown, J. (2016). «El aborto en cuestión: la individuación y juridificación en tiempos de neoliberalismos». *Sexualidad, salud y sociedad*, (24), pp.16-42.

- Butler, J. (2006) *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2005). *El género en disputa*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2003). «O parentesco é sempre tido como heterossexual?». *Cadernos Pagu*, (21), pp. 219-260.
- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2000) «El marxismo y lo meramente cultural» en Prieto del Campo, C. (ed.) *¿Reconocimiento o redistribución? Un debate entre marxismo y feminismo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Cabral, M. (2009). «Pensar la intersexualidad hoy» en Maffía, D. (comp.) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras.
- Cadoret, A. (2003). *Padres como los demás*. Barcelona: Gedisa.
- Calvo, J.J. (coord.) (2014). *Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay. Tomo III. La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): Desigualdad social y tendencias en el comportamiento reproductivo*. Montevideo: Trilce.
- Cambrón Infante, (2006) *Los óvulos en el mercado*. Galicia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo.
- Carsten, J. (2000). «Introduction: Cultures of relatedness» en Carsten, J. (ed.) *Cultures of relatedness. New Approaches to the study of Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Centro de Esterilidad de Montevideo (CEM) (2002). *Estudio y tratamiento de la esterilidad conyugal. Manual informativo para parejas*. Montevideo: CEM.
- Clarke, A. y otros (2003). «Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S Biomedicine». *American Sociological Review*, 68 (2), pp. 161-194.
- Cohen, L. (2005). «Operability, bioavailability and exception» en Ong, A., Collier, S.J. (eds.) *Global Assemblages: Technology Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Londres: Blackwell.
- Connell, R. (1997). «La organización social de la masculinidad» en Valdes, T.; Olavarría, J. (eds.) *Masculinidad/es: poder y crisis*. Chile: Ediciones de las Mujeres.

Correa, S. (2003). *Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la arena política*. Mujer y Salud en el Uruguay: Montevideo.

Correa, S.; Petchesky, R. (2001). «Los derechos reproductivos y sexuales: Una perspectiva feminista» en Figueroa, JG. (coord.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: UNAM y Porrúa.

Corrigan, O. (2003). Empty ethics: the problem with informed consent. *Sociology of Health & Illness*, 25 (3), pp. 768–792.

Cortiñas S., P. (2001). Etica y donación del gameto femenino. *Interciencia*, 26(9), pp: 404-411.

Costa, Rosely (2004) O Que a Seleção de Doadores de Gametas Pode nos Dizer Sobre Noções de Raça. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2), pp. 235-255

Cotidiano Mujer (2014) *Objeción de Conciencia Un Debate sobre la Libertad y los Derechos*. Seminario Regional. Montevideo: Cotidiano Mujer.

Curiel, O.; Falquet, J. (2005). «Introducción» en Ochy Curiel, O.; Falquet J. (comp.) *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas*. Buenos Aires: Brecha Lésbica.

Chasles, V. (2010). *Santé et mondialisation*. Lyon: Universidad Lyon 3.

Déchaux J-H. Le gène à l'assaut de la parenté?. In: *Revue des politiques sociales et familiales*, n°126, 2018. Dossier «Formes de parenté». pp. 35-47.

Delphy, C. (1998). *L'ennemi principal. Économie politique du patriarcat*. Paris: Syllepse.

Dellacasa, M^a A. (2014). Antropología, tecnología y biociencias: un campo en expansión. Entrevista a Alejandra Roca. *Ankulegi. Revista de Antropología Social*, n° 18, pp. 159-167.

Diniz, D. (2003) Tecnologías reproductivas conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro, *Jornal Brasileiro de Reprodução Humana Assistida*, 7(3), pp 10-19.

Diniz, D.; Gómez Costa, R. (2006). «Infertilidad e infecundidad: acceso a nuevas tecnologías reproductivas» en Cáceres, C. (et. al.) (orgs.) *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPCH.

Dos Santos, L. (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° 25. Disponible en:

<http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/index.php/cotidiano-mujer-no-25/8-un-mundo-feliz>. [Consultado el 4 de marzo de 2012]

Douglas, M. (1973). *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. España: Siglo XXI de España Editores, S.A

Edwards, J. (1999). «Afterword for Chapter 2. Clones-who are they?» en Edwards, J. (et. al.) (1999) *Technologies of Procreation. Kinship in the age of assisted conception*. Londres: Routledge.

Falguera Ríos, M. (2018). Deseos, semen y bebés. Técnicas reproductivas y comaternidades lésbicas. *Papeles del CEIC (International Journal on Collective Identity Research)*, 2018/2, setiembre. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/497096> [Consultado el 13 de octubre de 2018]

Falquet, J. (2018). «Introducción» en Tabet, P. *Los dedos cortados*. Bogotá: Universidad Nacional de Bogotá.

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina S.A.

Fausto-Sterling, A. (1993). «The Five Sexes: Why male and female are not enough». *The Sciences*, mayo-abril, pp. 20-24.

Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario Críticas feministas al marxismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Federici, S. (2015). *Calibán y la bruja*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Firestone, S. (1976). *La dialéctica del sexo*. Barcelona: Kairós.

Fonseca, C. (2016). *Parentesco, tecnología e lei na era do DNA*. Rio de Janeiro: EDUERJ.

Fonseca, C. (2010). «O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”» en Schuch; Vieira y Peters (orgs). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Universidad Federal de Rio Grande del Sur.

Fonseca, C. (2003). De afinidades a coalizões: uma reflexão sobre a «transpolinização» entre gênero e parentesco em décadas recentes da antropología. *Ilha Revista de Antropología, Universidad de Santa Catarina, Florianópolis*, 5 (2), pp. 5-31.

Fonseca, C. (1998). *Caminos de adopción*. Buenos Aires: Eudeba.

Foucault, M. (2012) *Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Franklin, S. (1997). *Embodied progress. A cultural account of assisted conception*. Nueva York: Routledge.

Franklin, S.; Roberts, C. (2001). Innovative Health Technologies: The Social Life of the Embryo, *Departamento de Sociología, Universidad de Lancaster*. Disponible en: <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Franklin-Roberts-Social-Lifeof-Embryo.pdf> [Consultado el 10 de junio de 2016].

Fraser, N. (2000). Heterosexismo, falta de reconocimiento y capitalismo: una respuesta a Judith Butler, *New Left Review*, n.º. 2, pp. 123-134

Furtado, V.; Grabino Etorena, V. (2018). Alertas feministas: lenguajes y estéticas de un feminismo desde el sur. *Observatorio Latinoamericano y Caribeño, Dossier "Feminismos latinoamericanos en acción: instituciones, academia y activismos"*, 2 (1), pp. 17-38.

Gallego Dueñas, F.J. (2013). Gramáticas del secreto (Sociolingüística y secreto). *Tonos Digital, Revista de estudios filológicos*, n.º25, julio. Disponible en: <http://www.tonosdigital.es/ojs/index.php/tonos/article/viewFile/985/633> [Consultado el 6 de junio de 2013].

Gaudillière, J-P. (2004). On ne naît pas homme... À propos de la construction biologique du masculin. *Mouvements*, n.º31, enero-febrero, pp. 15-23

Geertz, C. (1997). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Guillaumin, C. (2005). *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de Nature*. París: Côté-femmes.

Ginsburg, F.; Rapp, R. (1991). The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, pp. 311-343.

Giberti, E. (2001). «Adoptar embriones» en Giberti, E. (et. al.) *Los hijos de la reproducción asistida*. Buenos Aires: Sudamericana.

González Santos, S. (2016). «Peregrinar. El ritual de la reproducción asistida» en Straw, C.; Vargas, E.; Viera Cherro, M.; Tamanini, M. (eds.) *Reprodução assistida y relações de género na América Latina*. Curitiba: CRV Editora.

Grabino, V. (2014). *De fertilidades y esterilidades: Debates en torno a varones, decisiones reproductivas y anticoncepción en el Uruguay contemporáneo (2006-2013)*. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, UNGS-IDES. [Inédita]

Grimson, A.; Merenson, S.; Noel, G. (2012). «Descentramientos teóricos. Introducción» en Grimson, A.; Merenson, S.; Noel, G. (comp.) *Antropología Ahora*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Guber, R. (2006). «Identidad social villera» en Boivin, M.; Rosato, A.; Arribas, V. *Constructores de Otridad: una introducción a la antropología social y cultural*. Buenos Aires: Antropofagia.

Guber, R. (2004). *Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.

Gunnarsson Payne, J. (2015). «Reproduction in transition: cross-border egg donation, biodesirability and new reproductive subjectivities on the European fertility market». *Gender, Place and Culture: A Journal of Feminist Geography*, 12 (1), pp. 107-122.

Guthmann, Y. (2005) «El discurso bioético y la legitimación de las nuevas tecnologías reproductivas». *SeriAs para el Debate*, (4), pp. 90-111.

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Valencia: Cátedra.

Hartmann, H. (1981). «The unhappy marriage of Marxism and feminism: towards a more progressive union» en Sargent, L. (ed.) *Women and revolution: a discussion of the unhappy marriage of Marxism and Feminism*. Boston, Massachusetts: South End Press.

Harvey, D. (2014). *Diecisiete contradicciones y el fin del capitalismo*. Quito: Instituto de Altos Estudios Nacionales del Ecuador (IAEN).

Héritier, F. (2007). *Masculino/Femenino II. Disolver la diferencia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Hertz, R. (2018). Donantes de esperma en los Estados Unidos de América y las relaciones con su descendencia, *Revista de Antropología Social*, 27(2), pp. 307-324.

Ikemoto, Lisa C. (2009). Eggs as Capital: Human Egg Procurement in the Fertility Industry and the Stem Cell Research Enterprise, *Signs*, 34(4), pp. 763-781.

Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Cátedra.

Inhorn, M. (2017). The Egg Freezing Revolution? Gender, Technology, and Fertility Preservation in the Twenty-First Century, *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118900772> [Consultado el 2 de junio de 2016]

Jelin, E. (2010). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Jimeno, M. (2004). La vocación crítica de la antropología latinoamericana, *Manguar*, nº18, pp: 33-58.

Jones, D. (2010). *Sexualidades adolescentes. Amor, placer y control en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Clacso.

Kerr, A. (2000). (Re) Constructing Genetic Disease: The Clinical Continuum between Cystic Fibrosis and Male Infertility, *Social Studies of Science*, 30(6), pp. 847-894.

Kleegman, S. (1953). «Therapeutic Donor Insemination» en Guerrero, C.; Weisman, A. (eds.) *Proceedings of the First World Congress on Fertility & Sterility*. Tomo II. Nueva York: International Fertility Association.

Lafuente Funes, S. (2017). *Bioeconomías reproductivas: los óvulos en la biología posfecundación in vitro*. Memoria para optar al grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/45518/1/T39400.pdf>. [Consultado el 3 de agosto de 2018]

Laqueur, T. W. (2007). *Sexo solitario. Una historia cultural de la masturbación*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Laquer, T. W. (1992). *Making sex: body and gender from de Greeks to Freud*. Massachusetts: Harvard University Press.

Levi-Strauss, C. (1993). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.

Levi-Strauss, C. (1977). *Antropología estructural*. Buenos Aires: Eudeba.

Lowy, I.; Gomez, Rozeé, V.; Tain, L. (2014). Nouvelles techniques reproductive, nouvelle production du genre, *Cahiers du Genre*, nº 56, pp. 5-18.

- Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas, *História, Ciências, Saúde*, 12(2), pp. 395-417.
- Machin, R.; Couto, M. T. (2014). Fazendo a escolha certa: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. *Physis*, 24(4), pp.1255-1274. Disponible en: [//dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400012](https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400012). [Consultado el 7 de mayo de 2017]
- Maffia, D. (2009). «Introducción» en Maffia, D. (comp.) *Sexualidades migrantes: género y transgénero*. Buenos Aires: Librería de las Mujeres Editoras.
- Marcus, G (2001). Etnografía en/del sistema mundo. *Alteridades*, 11(22), pp. 111-127.
- Martin, E. (1991). The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male Female Roles, *Signs*, 16(3), pp. 485-501.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.
- Meillasoux, C. (1998). *Mujeres, graneros y capitales*. Madrid: Siglo XXI editores.
- MSP (2019) Tendencias recientes de la Natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay>[Consultado el 21 de enero de 2019]
- Mines, D. (2002). Que se vayan todas. Los partidos políticos ante el desafío de la maternidad lesbiana. *Cotidiano Mujer*, n^a 38, Disponible en: http://www.cotidianomujer.org.uy/2002/38_p38.htm [Consultado el 30 de mayo de 2011]
- Mohr, S. (2014). Beyond motivation: on what it means to be a sperm donor in Denmark. *Anthropology & Medicine*, 21(2): 162–173. Acceso: 20-12-2018
- Molina, I. (et. al.) (2004). Criopreservación de ovocitos humanos. Vitricación vs. Congelación. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 21(3), mayo-junio, pp. 176-189.
- Moore, L. J. (2002). Extracting Men from Sperm. *Social Text*, 20(4), pp. 91-119.
- Nahman, M. (2011). Reverse traffic: intersecting inequalities in human egg donation. *Reproductive BioMedicine*, 23(5), pp. 626-633. Disponible en: [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(11\)00469-X/fulltext](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(11)00469-X/fulltext) [Consultado el 23 de agosto de 2012]

- Nahman, Michal Rachel (2011b) Reproductive Tourism, Through the anthropological «Retroscope». *Annual Review of Anthropology*, s/d. Disponible en: https://www.academia.edu/29714620/Reproductive_Tourism_Through_the_Anthropological_Reproscope_?auto=download. [Consultado el 5 de octubre de 2016]
- Narotzky, S. (2004). *Antropología económica: nuevas tendencias*. Barcelona: Melusina.
- Oudshroorn, N. (2003). *The male pill*. London: Duke University Press.
- Pavone, V. (2012). Ciencia, neoliberalismo y bioeconomía. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 7(20), abril, pp. 145-161.
- Peirano, M. (2014). Etnografía não é método. *Horizontes Antropológicos*, 20(42), pp. 377-391.
- Pfeffer, N. (2011). Eggs-ploiting women: a critical feminist analysis of the different principles in transplant and fertility tourism. *Reproductive BioMedicine Online* (2011) 23, 634– 641
- Polanyi, K. (2007). *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*. Buenos Aires: Quipu.
- Preciado, B (2012). Queer: historia de una palabra, por Beatriz Preciado. Disponible en: <http://paroledequeer.blogspot.com.uy/2012/04/queer-historia-de-una-palabra-por.html>. [Consultado el 5 de abril de 2017]
- Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa Calpe S.A.
- Ramos, A. R. (2004). Los yanomami en el corazón de las tinieblas blancas. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, XXV(98), pp. 17-47.
- Raymond, J. (1995). *Women as wombs*. Australia: Spinifex Press.
- Restrepo, E. (2016) *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá: Envión.
- Restrepo, Eduardo (2015). “El proceso de investigación etnográfica: Consideraciones éticas”, *Etnografías Contemporáneas*, 1(1), pp. 162-179.
- Rich, A. (1980). *Heterosexualidad compulsiva y existencia lesbiana*. Nueva York: Norton Company.

Rivas, A.M° (2009). Pluriparentalidades y parentescos electivos. Presentación del volumen monográfico. *Revista de Antropología Social*, 18(18), pp. 7-19.

Rivas, Alvarez y Jociles, (2018). La intervención de «terceros» en la producción de parentesco: perspectiva de los/as donantes, las familias y la descendencia. Un estado de la cuestión. *Revista de Antropología Social*, 27(2), pp. 221-245.

Rohden, F. (2002). As novas tecnologias reprodutivas e a velha oposição natureza/cultura na visão de M. Strathern. *ILHA*, 4(2), pp. 175-195.

Rose, N. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.

Rostagnol, S. (2018). «Mi cuerpo es mío. Movimientos de mujeres, derechos sexuales y reproductivos a fines del siglo XX» en Celiberti, L. (comp.) *Notas para la memoria feminista. Uruguay 1983-1995*. Montevideo: Rojo.

Rostagnol, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Montevideo: Universidad de la República.

Rubin, G. (1998) «Tráfico de mujeres. Notas sobre la “economía política” del sexo», en Navarro, M.; Stimpson, C. (comp.) *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Salem, T. (1995). O princípio do Anonimato na inseminação artificial com doador (AID): das tensões entre natureza e Cultura. *PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva*, 5(1), pp. 33-68.

Salta de Paula, B.L; Castelfranchi, J. (2015). Conhecer os riscos, administrar a vida: aconselhamento genético. Entre a biopolítica e a sociedade de controle. *Mediações*, Londrina, 20 (1), pp. 151-173.

Sapriza, G. (2008). «Participación política de las mujeres en la Argentina, Chile y Uruguay», en Feijóo, M°. (comp.) *Participación política de las mujeres en América Latina*. Buenos Aires: Sudamericana.

Sapriza, G. (2002). *La utopía eugenista. Raza, sexo y género en las políticas de población en Uruguay (1920-1945)*. Tesis de Maestría en Ciencias Humanas opción Estudios Latinoamericanos Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. [inédita]

Sapriza, G. (1999). Misterios de la vida privada. La despenalización del aborto en el Uruguay (1934-1938). *Encuentros*, nº6, pp. 188-210.

- Scott, J. (1996). «El género: Una categoría útil para el análisis histórico» en Lamas, M. (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.
- Scheper-Hughes, N. (2001). Commodity Fetishism in Organs Trafficking. *Body & Society*. 7(2-3), pp. 31-62.
- Schneider, D. (1984). *A Critique of the Study of Kinship*. Michigan: Universidad de Michigan.
- Schraiber, L. B. (2010). «Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para un debate» en Castro R.; López Gómez, A. (eds.) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Universidad de la República.
- Schwarze, Zegers-Hosgild y Galdames (2010). Reproducción asistida en latinoamérica y Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, v. 21, pp. 451-456.
- Scuro Somma, L. (coord.) (2008). *Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay*. Montevideo: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Uruguay.
- Spivak, G. (1988). «¿Puede hablar el subalterno?» en Nelson, C.; Grossberg, L. (eds.). *Marxism and the interpretation of Culture*. Chicago: University of Illinois Press.
- Stolcke, V. (2010). Homo clonicus: ¿entre la naturaleza y la cultura? *Campos*, 11(2), pp.9-34.
- Stolcke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas*, 12(2), pp. 77-105.
- Strathern, M. (2003). «¿Habilitar la identidad? Biologías, elección y nuevas tecnologías reproductivas» en Hall, S. Du Gay, P. (comps.) *Cuestiones de identidad cultural*, Madrid: Amorrortu editores.
- Strathern, M. (1995) Future Kinship and the study of culture. *Revista Futures*, 27(4), pp. 423-435.
- Strathern, M. (1999). «Introduction. A question of context» en Edwards, J.; Franklin, S.; Hirsch, E.; Price, F.; Strathern, M. (1999) *Technologies of Procreation. Kinship in the age of assisted conception*. Londres/Nueva York: Routledge.
- Strathern, M. (1980). «No Nature, No Culture: the Hagen Case» en MacCormack, C.; Strathern, M. (eds.) *In Nature, Culture and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tabet, P. (2018). *Los dedos cortados*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Tain, L. (2013). *Le corps reproducteur*. Francia: Presses de L'EHESP.

Tamanini, M. (2015). «Maternidades são políticas: da Fecundidade, dos Especialistas, das Mulheres, dos Laboratórios, das Tecnoogías e muito Mais» en Vosne Martins, A. P.; Arias Guevara, M°. (Orgs.), *Políticas de Género na América Latina: Aproximações, Diálogos e Desafios*. Jundiaí: Paco.

Tamanini, M. (2009). *Reprodução assistida e gênero. O olhar das ciências humanas*. Florianópolis: Editora da UFCS.

Thompson, C. (2009). «Skin tone and the persistence of biological race in egg donation for assisted reproduction», en Glenn (ed.) *Shades of difference. Why skin color matters*. Stanford: Stanford University Press.

Tober, D.; Pavone, V. (2018). Las bioeconomías de la provisión de óvulos en Estados Unidos y en España: una comparación de los mercados médicos y las implicaciones en la atención a las donantes. *Revista de Antropología social*, 27(2), pp. 261-286.

Todaro, R. (2004). «Introducción» en Todaro, R.; Yañez, S. (eds.) *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer.

UNPFA (2017). Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/540546/Encor+2015/1b9ea1ce-86db-417b-abbb-93814c5ff03f> [Consultado el 3 de febrero de 2019].

Valdés y Olavarría (1997). «Introducción», en Valés, T; Olavarría, J. (eds.) *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: FLACSO.

Veiga, A. (2011). *El milagro de la vida. De la Fecundación in Vitro a las células madre*. Barcelona: RBA Libros.

Vergués Boch, N. (2013). *Teorías feministas de la tecnología: evolución y principales debates*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Viera Cherro, M. (2016). «Moralidades y reproducción asistida en el Río de la Plata» en Straw, C.; Vargas, E.; Viera Cherro, M.; Tamanini, M. (org.) *Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina*. Curitiba: Editorial CRV.

Viera Cherro, M. (2015). *Lejos de París. Tecnologías reproductivas y deseo del hijo en el Río de la Plata*. Montevideo: Universidad de la República.

- Wacjman, J. (1991). *Feminism confronts technology*. Cambridge: Polity Press.
- Waldby, C.; Cooper, M. (2010). From reproductive work to regenerative labour. The female body and the stem cell industries. *Feminist Theory*, 11(1), pp. 3-22.
- Waldby, C.; Cooper, M., (2008). Oocyte markets: women's reproductive work in embryonic stem cell research. *New Genetics and Society*, 27(1), pp. 19-31.
- Wittig, M. (1992). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.
- Yanagisako, S.; Collier, J. (1994). «Género y Parentesco Reconsiderados: Hacia un Análisis Unificado» en Borofsky, R. (ed.) *Assessing Cultural Anthropology*. Hawaii: Hawaii Pacific University, Mc Graw-Hill, Inc.
- Zea-Mazo, J.W., Negrette-Mejía, Y.A.; Cardona-Maya, W. (2010). Virus de transmisión sexual: relación semen y virus. *Actas Urológicas Españolas*, 34(10), pp. 845-853.
- Zorzanielli, R.; Ortega, F.; Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), pp. 1859-1868.

Fuentes

De prensa

- El Espectador (2013). «Ley de reproducción asistida incluye a parejas homosexuales». *El Espectador* [en línea] Disponible en: <http://180.com.uy/articulo/36136_Ley-de-reproduccion-asistida-incluye-a-parejas-homosexuales>. [Consultado el 27 de julio de 2017].
- El País (2018). «Algunas respuestas sobre reproducción asistida». *El País* [en línea]. Disponible en: <<https://www.elpais.com.uy/informacion/respuestas-reproduccion-asistida.html>> [Consultado el 13 de mayo de 2018].
- Healy, M. (2018). «Embriones híbridos de humano y cerdo, ofrecen esperanza para los pacientes que necesitan trasplantes de órganos». *Los Angeles Times* [en línea] Disponible en: <<https://www.latimes.com/espanol/vidayestilo/la-embriones-hibridos-de-humano-y-cerdo-ofrecen-esperanza-para-los-pacientes-que-necesitan-trasplantes-20180116-story.html>> [Consultado el 10 de mayo de 2019]

Documentales

- Banco de Gametos, «Inseminación artificial con semen de donante. Consentimiento informado del donante». Disponible en:

http://bancodegametos.com.uy/Consentimiento_donantes_semen.pdf [Consultado el 28 de julio de 2016]

De la Fuente, G.; González, D.; Percovich, M. (2011). «Estado de situación de la esterilidad/infertilidad en Uruguay. Conclusiones y recomendaciones». [Inédito].

Decreto 84/015 (2015). «Reglamentación de la ley 19.167 relativa a la regulación de las técnicas de reproducción humana asistida» reglamentario. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/84-2015> [Consultado el 16 de enero de 2016]

Donaovo, «Información a la donante y consentimiento». Disponible en: http://bancodegametos.com.uy/Consentimiento_donantes_ovulos.pdf [Consultado el 28 de julio de 2016]

Ley 19.167 (2013). «Técnicas de reproducción humana asistida». Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp406823.htm> [Consultado el 5 de mayo de 2014]

ANEXO

Glosario de términos ¹²⁹

Blastocisto: embrión, 5 ó 6 días después de la fecundación, con masa celular interna, capa externa de trofoectodermo y cavidad o blastocele lleno de líquido.

Ciclo cancelado: ciclo de TRA¹³⁰ 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 Fallopio.

¹²⁹ «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 los días 29 y 30 de abril de 2011. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, Sociedad Argentina de Antropología y Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. Tomado de la versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida en 2010. Organización Mundial de la Salud 2010.

¹³⁰ En el glosario utilizo TRA en lugar de TRHA para mantener la sigla que emplea la OMS.

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, y/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.

Embrio/feto reducción: 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 (8 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 y/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 8 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 y/o de terceros.

Implantación: La unión y subsecuente penetración del blastocisto libre de zona pelúcida usualmente en el endometrio, que comienza 5 a 7 días después de la fecundación.

Inducción de ovulación (IO): tratamiento farmacológico de mujeres con anovulación u oligo-ovulación con la intención de inducir ciclos ovulatorios normales.

Infertilidad: enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 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) severo: el SHO es severo cuando se tiene que indicar hospitalización.

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 al grado de distensión abdominal, agrandamiento de los ovarios y complicaciones respiratorias, hemodinámicas y metabólicas.

Tasa de embarazo clínico: el número de embarazos clínicos expresados por 100 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 100 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 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 sólo 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 Fallopio.

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 Fallopio.

Transferencia intratubárica de cigoto: procedimiento mediante el cual uno o mas cigotos son transferidos a la trompa de Fallopio.

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