

LOS LÍMITES DE LA CIUDADANÍA PARA LAS MUJERES. Un análisis sobre la reproducción asistida en el Rio de la Plata

Mariana VIERA CHERRO

Universidad de la República (Uruguay)
marianaviera@yahoo.com

THE LIMITS OF CITIZENSHIP FOR WOMEN. An analysis of assisted reproduction in the Rio de la Plata

Resumen: Este trabajo analiza las implicancias que en términos de desigualdades de género y socioeconómicas genera la aceptación cultural y concomitante práctica de procedimientos de reproducción asistida, particularmente aquellos que suponen la donación-recepción de gametas. Sostengo que los procedimientos de ovodonación/ovorecepción solo son posibles en un contexto de desigualdades de género y socio económicas que las tecnologías de reproducción asistida profundizan. Los cambios en los sentidos culturales y concomitantes prácticas en este campo reproducen estas estructuras de dominación permitiendo aseverar que es en la significación cultural de la capacidad reproductiva de las mujeres donde estén los mayores obstáculos para el logro de una ciudadanía plena por parte de las mismas.

Abstract: This paper analyzes the implications in terms of gender and socioeconomic inequalities generated by the cultural acceptance and practice of assisted reproduction procedures, particularly those involving the donation procedures and reception of reproductive material. I argue that the egg donation procedures are only possible in a context of gender inequality and economic partner that assisted reproductive technologies deepened. Changes in cultural meanings and practices in this field reproduce these structures of domination. This allow this to state that the cultural significance of the reproductive capacity of women is the biggest obstacles to achieving full citizenship by them.

Palabras clave: Reproducción asistida. Género. Cultura. Ciudadanía. Desigualdad
Assisted Reproductive Technologies. Gender. Culture. Citizenship. Inequalities

TRA: algunas consideraciones previas.

El término tecnologías reproductivas (TCs) supone diversas maneras de intervención tecnológica en relación a las funciones reproductivas, algunas de estas intervenciones tendrán como objetivo la concepción y otras la contracepción (Scavone, s/d). Incluso en ciertas ocasiones las TCs actúan para revertir una intervención contraceptiva previa, como una ligadura tubaria o una vasectomía. El término tecnologías reproductivas permitiría así captar dos procesos que pueden retroalimentarse además de poner en entredicho lo que se supone característico de algunas de estas intervenciones: su irreversibilidad.

Pero también el término de Tecnologías Conceptivas advierte sobre la imposibilidad de comprender las tecnologías reproductivas sin considerar el desarrollo de las tecnologías contraceptivas tres décadas antes, en 1950. Tales tecnologías permitieron la disociación entre sexualidad y reproducción “Las técnicas de reproducción asistida¹ hacen de esta liberación metafórica una disociación literal” (Olavarría, 2008: 238). El llamado síndrome del nacimiento virgen² es una muestra de ello. Sin embargo las TRA no hacen que se pueda prescindir de la reproducción sexuada, esto es, que deba considerarse el aporte de genes masculinos y femeninos, solo la clonación permitiría prescindir de ello (Portes Vargas, 2002). Ello las coloca en un lugar especial para analizar las lógicas de dominación de género.

Siguiendo la formulación clásica de Scott (1996), tomo *género* como categoría de análisis que comporta dos dimensiones. Una primera relativa a las relaciones sociales basadas en las diferencias sexuales; en esta dimensión se encuentran los símbolos que representan lo masculino y femenino, las normas que nos permiten interpretarlos, las organizaciones, instituciones y nociones políticas que indican cómo concebir estas relaciones y la identidad subjetiva que construyen los individuos en relación a tales diferencias. Una segunda dimensión alude al género como una forma primaria de relaciones de poder, un campo de articulación del mismo.

Desde un análisis que tenga en cuenta dicha perspectiva categorial es posible entonces hacer visibles las relaciones significantes de poder (Scott, 1996) que permean el universo de lo masculino, generalmente aunque no necesariamente habitado por sujetos varones, y de lo femenino, habitado generalmente pero no necesariamente por sujetos mujeres. En el campo de la reproducción asistida permite sopesar analíticamente la atribución de poder desigual, en términos de la participación, que la ciencia atribuye a los gametos femeninos con respecto a los masculinos; comprender las implicancias diferenciales que tiene subjetivamente para varones y mujeres la infertilidad involuntaria... entre muchos otros aspectos.

El concepto de reproducción asistida por su parte, como también destaca Scavone (s/d), enfatiza la intervención médica en el acto reproductivo. Es por este motivo, para reforzar la medicalización de estos procesos en los cuales el poder médico tiene un rol preponderante, que he optado por utilizar el término tecnologías de reproducción asistida (TRA).

Los tratamientos de reproducción asistida se dividen en baja y alta complejidad. La baja complejidad comprende la inseminación artificial, intervención por la cual se transfieren espermatozoides mediante una cánula hacia la cavidad uterina, cerca de las Trompas de Falopio, en el momento en que la mujer está ovulando. Este método se utiliza cuando el hombre tiene espermatozoides normales pero escasos y exige que las mujeres produzcan más de un óvulo por ciclo para tener más posibilidades de lograr la fecundación. Se trata por tanto de técnicas destinadas a lidiar con problemas de esterilidad masculina. Jonh Hunter en Londres en 1799 y Girault en Francia en 1838 fueron los primeros en desarrollarlas. El

1 De aquí en más TRA.

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

empleo de semen de donantes en tales procedimientos se remonta al año 1884 por parte de William Poncoast en Filadelfia (Alvarez Plaza, 2008).

Las técnicas de mayor complejidad, por su parte, comprenden la fertilización *in vitro*, la transferencia de gametos a la Trompa de Falopio; la transferencia de embriones a la Trompa de Falopio y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides en óvulos (ICSI). Este procedimiento es de especial relevancia en este estudio por razones que abordaré más adelante. Es en el marco de estos procedimientos de alta complejidad donde pueden darse instancias de ovodonación/ovorecepción.

La fertilización *in vitro* supone la fertilización de un óvulo con un espermatozoide para producir embriones en laboratorio, algunos de los cuales serán posteriormente transferidos al útero. Los óvulos a fertilizar pueden ser de la propia gestante u obtenidos de otra mujer mediante ovodonación. La primera bebé nacida mediante inseminación *in vitro* fue Louise Brown, en Inglaterra, en 1978. En Latinoamérica el primer tratamiento exitoso se realizó en Colombia seis años más tarde.

Los métodos de reproducción asistida se institucionalizan a mediados del siglo XX, luego de la Segunda Guerra Mundial y en el marco de una serie de importantes innovaciones científicas y tecnológicas, fundamentalmente en el área de la medicina, la genética y las comunicaciones, que acompañan la expansión capitalista pero tienen su origen en descubrimientos previos, entre ellos los experimentos realizados a fines del siglo XVIII por Lazzaro Spallazani para fecundar animales sin intervención del coito.

Según Ricardo Cruz-Coke (1999) la historia de la genética durante el siglo XX se puede dividir en tres períodos: la época clásica fundacional que abarca el primer tercio del siglo; la época intermedia (1940-1970) de los descubrimientos básicos moleculares y la época contemporánea a partir de la década de 1970, en que los científicos comenzaron a manipular y descifrar el mapa genético de las especies. Además de la aplicación de los conocimientos genéticos para la mejora de las especies vegetales y animales comienza a experimentarse con la clonación: en 1981 se consigue el nacimiento de los primeros ratones por clonación y en 1997 el de la promocionada oveja Dolly.

El esfuerzo de ahondar en la genética de las especies y particularmente en la del ser humano llega a un punto máximo cuando en 2005, a partir del ambicioso programa de investigación llamado Proyecto Genoma Humano en el que participan investigadores de varios países, se pasa a conocer la cartografía completa del patrimonio genético de nuestra especie.

Según datos provenientes del Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, en 2009 se realizaron en América Latina 38.020 ciclos de fecundación *in vitro*; de éstos 4.801 involucraron ovodonación. De todas maneras Latinoamérica representa el tres por ciento de los ciclos iniciados de fecundación *in vitro* (FIV/ICSI) en el mundo. En España, según datos de la Sociedad Española de Fertilidad para el mismo año, se realizaron 55.318 ciclos de FIV/ICSI. Estos números, sin embargo, suponen una sub representación de la magnitud del fenómeno porque el atributo voluntario del registro hace que no todas las clínicas participen.

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

Aunque no siempre resulta imprescindible en las fertilizaciones *in vitro*, en algunos procedimientos específicos y por diversas razones técnicas los y las especialistas consideran que es necesario trabajar con gametos congelados, de la pareja o de donante. La crioconservación de semen se inicia en 1953 con Bunge y Sherman y permite conservar espermatozoides obtenidos mediante masturbación después de un período de 3 a 4 días de abstinencia o por biopsia testicular según el caso a -196 grados centígrados (Alvarez Plaza, 2008).

La crioconservación de ovocitos, por su parte, supone un proceso de mayor complejidad

que la preservación del semen, ya que debido al mayor tamaño y cantidad de agua en su interior pueden ser más fácilmente dañados. La eficacia de este procedimiento recién fue demostrada en 1995 (Alvarez Plaza, 2008). En las clínicas de Uruguay y Argentina esta técnica ha permitido que mujeres que no desean una maternidad actual puedan preservar sus óvulos para buscar una gestación con su material genético en años posteriores así como criopreservar los óvulos de las donantes para transferirlos a la mujer en tratamiento en el momento en que se desee, sin necesidad de coordinar los ciclos entre donante y receptora, lo cual ha demostrado técnicamente mejores resultados.

Cambios tecnológicos y cambios culturales.

Desde los y las especialistas en reproducción asistida, las TRA son presentadas como la herramienta para paliar un problema de salud: la infertilidad. Sin embargo en muchos casos no existe tal problema, como cuando es una pareja de mujeres homosexuales o una mujer sin pareja quienes recurren a las TRA como forma de lograr una descendencia biológicamente vinculada. En otros casos el problema reproductivo no se identifica, simplemente se interviene para lograr la gestación. Por tal motivo Diniz y Gómez Costa (2006) enfatizan que el objetivo de las TRA no es atender la infertilidad sino lograr una descendencia biológicamente vinculada. Sin embargo el énfasis en su definición como herramientas que atienden la infertilidad genera consecuencias de relevancia.

Por un lado, deja fuera de su alcance a ciertos sujetos cuya situación no puede definirse en términos de infertilidad o los somete a la lógica de esta condición; en Uruguay y en muchas clínicas de Argentina a las mujeres solas o en pareja se las medica de la misma manera que a cualquier otra mujer diagnosticada como integrante de una pareja infértil.

Por otro lado esta definición no permite cuestionar la ejecución de ciertos procedimientos en términos de vulneración de derechos o de profundización de inequidades. Cuando se hace referencia a que las TRA permiten avanzar en el derecho de las parejas, tanto en relación heterosexual como homosexual, a tener un hijo cuando deseen, se está desconociendo que tales tecnologías se implementan en sociedades con lógicas de dominación de género fuertemente arraigadas además de profundamente desiguales en términos socio económicos.

Cierto es que existen transformaciones en el accionar de la medicina reproductiva en el Rio de la Plata de la mano de cambios a nivel de la cultura, entendida ésta como una urdimbre de significación (Geertz, 1996) en la cual los seres humanos estamos insertos. La existencia e implementación de las TRA solo es posible en tanto, además de constituir un desarrollo técnico que habilita la gestación de un hijo biológicamente vinculado (Diniz y Gómez Costa, 2006), existen transformaciones culturales que permiten su aceptación y condicionan su accionar. La cultura establece límites a la introducción de los conocimientos y herramientas tecnológicas; habilita algunas mientras desdeña otras, las razones están en la incorporación o no de ciertos cambios culturales al tejido de sentido que constituye la cultura (Geertz, 1996) en determinados momentos históricos.

Algunos de los cambios que se vienen operando en el accionar de la medicina reproductiva en el Rio de la Plata, acompañados por su aceptación cultural, han supuesto ampliar el campo de actuación hacia nuevas situaciones y nuevos sujetos que no entraban en la definición biológica de infertilidad. Más allá de provocar ciertas tensiones en la trama de sentido y en las consecuentes acciones desarrolladas en el marco de estas tecnologías, esto ha evidenciado el carácter de las TRA como servicio, a pesar de que desde ese campo de especialización médica se siga demandando ser vistas como una solución terapéutica para una imposibilidad reproductiva.

Gran parte de la expansión en este campo, como he desarrollado en mi trabajo de tesis³,

3 Se trata de mi tesis de maestría en Ciencias Humanas con énfasis en Estudios Latinoamericanos (Facultad de

ha supuesto transformaciones culturales que incentivarán la mayor medicalización de las mujeres y la más pronta necesidad de acudir a ovocitos de donante. También ha colaborado en esta ampliación de las situaciones que entran dentro del campo de acción de las TRA los significados otorgados a la gestación como garantía de la pertenencia filial –lo que he denominado *uterización del vínculo-*, procedimiento que, junto con el énfasis puesto en los ovocitos como elementos indispensables para el éxito del tratamiento, ha conducido a las mujeres que transitan la reproducción asistida por procesos de ovorecepción de manera más dispuesta y también más temprana. De esto resulta que sean las mujeres, en tratamiento y donantes, quienes cargan con la mayor parte del costo de los procesos de reproducción asistida; algunas también dirán que con sus beneficios, ya que pueden materializar el deseo anhelado y el lugar social al que aspiran u obtener un rédito económico por su material reproductivo.

Si bien la discusión que presento parte del trabajo de campo realizado en el Río de la Plata para el mencionado trabajo de postgrado en Ciencias Humanas, puede ser extrapolada a cualquier contexto cultural –atendiendo a las lógicas particulares–, en cuanto se trata de una investigación “en caso” (Geertz, 1996) en la cual, a partir de los datos empíricos, abordo teóricamente las implicancias de estas transformaciones tecno-culturales sobre la ciudadanía de las mujeres y fundamentalmente de aquellas en situación de vulnerabilidad.

Desarrollo biotecnológico en sociedades desiguales.

Al desarrollarse en el marco de una cultura determinada, las biotecnologías⁴ no son neutrales en relación al género en tanto reproducen los arreglos culturales a un tiempo que las desigualdades que tales arreglos conllevan. Como subraya Oudshoorn (2004: 352) “[...] technologies play an important role in stabilizing or destabilizing such convention creating new or reinforcing existing performances of gender”.

Las teóricas del feminismo de los años ’80 ya habían advertido sobre la ausencia de neutralidad en relación al género de los procesos de producción y aplicación de la ciencia y la tecnología de la mano de la denuncia del mito del cuerpo natural (Tamanini, 2009).

La re-conceptualización del cuerpo como una construcción cultural permitió revisar los criterios en los cuales se sustentaba esta naturalización a la vez que dimensionar su carácter político. También repasar el lugar histórico que la ciencia médica occidental –o biomedicina– ha tenido en esta construcción y sus implicancias en términos de género, sexualidad y reproducción.

Con respecto específicamente a la reproducción, la ciencia occidental moderna ha nutrido a nuestra cultura de preceptos fundados en el modelo de dimorfismo sexual que creó en el siglo XVIII a los sexos como dos, biológica y mentalmente distintos y excluyentes: uno femenino, capaz de concebir, y otro masculino, que solo aporta en el momento de la

Humanidades y Ciencias de la Educación, UdelaR, Uruguay) “Lejos de París. Tecnologías de Reproducción Asistida y deseo del hijo en el Río de la Plata”. Agradezco el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (UdelaR) que me otorgó una beca para docentes para finalizar la maestría. Para la investigación de tesis entrevisté a mujeres, doce en total (ver Cuadro I en Anexo), que hubieran transitado por diversas instancias de reproducción asistida y a nueve médicos y médicas que trabajan en el área en el Río de la Plata. Es el material surgido de estas entrevistas en profundidad el que tomo para el presente análisis. El trabajo de campo en Buenos Aires se complementa además con una publicación (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, 2011) que recoge las discusiones y posiciones en torno a diversos temas, entre ellos la ovodonación. Tanto las mujeres que han pasado por estos procedimientos como los técnicos que los implementan problematizan a partir de su accionar los supuestos culturales que envuelven sus decisiones y prácticas reproductivas. Ocupan un lugar ejemplar (Bestard Camps, 2003) para hacer emerger los sentidos atribuidos en nuestro universo cultural a la reproducción en vínculo con el desarrollo tecnológico y las desigualdades de género, económicas, entre otras.

4 “[...] la aplicación de las propiedades estructurales y funcionales de las macromoléculas biológicas y de las células, así como la capacidad de su modificación para obtener productos, bienes o servicios” (Muñoz, 2001:19)

fecundación (Lacqueur, 1994). Esto tiene su correlato a nivel socio cultural en el proceso de maternalización según el cual la mujer alcanzaría la femineidad verdadera y su completud como persona sólo a partir de la maternidad. La biologización de este hecho constituye la base del instinto materno (Badinter, 1991) y más tarde la denominada ideología de una maternidad intensiva: un modelo genéricamente marcado que aconseja a las madres invertir una enorme cantidad de tiempo, energía y dinero en la crianza de los hijos (Hays 1998; en Paredes, 2003). La imposibilidad de lograr la gestación para las mujeres cuestiona entonces el vínculo simbólico mujer-maternidad y por tanto su identidad como tal; en el caso del varón, pone en entredicho la relación varón-virilidad-reproducción (Schwarz, 2010). En este sentido la infertilidad voluntaria es un problema que “[...] hiere tanto la masculinidad como la femineidad, aunque de manera distinta” (Diniz; Gómez Costa, 2006: 61) porque las esferas de prestigio para quienes se ubican en un lugar masculino son diferentes que para quienes se ubican en un lugar social femenino.

Por otra parte, y en relación específicamente a los procesos y materiales biológicos en los cuales la ciencia biomédica se centra para explicar los procesos reproductivos, el énfasis dado a la producción de gametas⁵ masculinas “millones cada día”, en comparación con el “óvulo único” que la mujer produce cada mes, marca también una evaluación diferencial de uno y otro aporte: la menstruación y la espermatogénesis no se muestran desde la ciencia como procesos análogos. Las metáforas que acompañan la descripción de uno y otro, señala Martin (1991) aluden al exceso en el caso de la producción masculina de gametas; un solo espermatozoide alcanza para la fecundación, el resto se pierde en el proceso. El óvulo en comparación aparece definido por su pasividad, fragilidad y dependencia en relación al espermatozoide. El desarrollo de la ICSI, que supone inyectar un espermatozoide en un óvulo para fecundarlo, sería el correlato técnico de esta concepción cultural.

Pero lo más importante es que estas concepciones y consecuentes innovaciones tecnológicas no son neutrales al género solo en teoría, sino que tienen incidencia en prácticas concretas. El desarrollo del procedimiento de la ICSI es un ejemplo paradigmático de ello. A consecuencia de esta tecnología, la ciencia puede producir un bebé biológicamente vinculado sin recurrir a gametos masculinos de un donante varón, que era lo que se debía de hacer en la mayoría de los casos que ahora se abordan mediante esta tecnología, ya que ambos procedimientos buscan atender la ausencia de buenos espermatozoides. La consecuencia más importante de este cambio en el abordaje de un mismo problema fue la necesidad de una mayor medicalización del cuerpo de la mujer; si en lugar de recurrir a la ICSI se utilizara, como antes, esperma de donante, la pareja iría a una intervención de baja complejidad que supone una medicación para la mujer mucho más leve.

¿Qué es lo que ha justificado entonces el desarrollo y aceptación de la ICSI? Fundamentalmente que no se tenga que recurrir a material genético de un tercero y por tanto se pueda mantener la participación genética del varón de la pareja en la consecución de su prole; se trata así de preservar las bases biológicas sobre las cuales se constituye el parentesco occidental intactas, aún a costa de la salud de la mujer y de la profundización de desigualdades económicas: la ICSI tiene un costo mayor que la fecundación *in vitro* tradicional y por otra parte supone que exista una mujer dispuesta a donar sus óvulos a cambio de una compensación económica.

Otro ejemplo de las lógicas generizadas actuando en el campo de la reproducción asistida es lo que apunta Alvarez Plaza (2008) a partir de su investigación sobre donación de material genético: la casi ausencia de otros/as especialistas, además de los/as ginecólogos/as, en las clínicas de reproducción asistida. Ello es causa y consecuencia del lazo simbólico existente entre mujer-reproducción que hace que se atienda mucho menos el factor mascu-

5 La gameta femenina es el ovocito u óvulo: célula sexual femenina que se localiza dentro de los ovarios. La gameta masculina es el espermatozoide, que se localiza en los testículos.

lino y se entienda que es más rápido lograr un embarazo a partir de la medicalización del cuerpo de la mujer: porque la mujer está más acostumbrada a que se la medicalice con fines reproductivos, porque el lazo simbólico mujer-reproducción permite que la mujer acepte ser medicalizada, porque para la ginecología el cuerpo a intervenir es el cuerpo femenino...; todo ello a pesar de que se deba exponer a la mujer a tratamientos e intervenciones que podrían ser evitadas. Así, a pesar de que la biomedicina aborda la esterilidad como un problema de pareja, la reproducción sigue anclada al cuerpo femenino (Alvarez Plaza, 2008). También en el proceso de donación de material reproductivo hay una mayor intervención del cuerpo cuando se trata de donar óvulos que cuando lo que se quiere es obtener espermatozoides:

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

El proceso de donación de óvulos se torna sanitario en tanto la mujer donante se convierte en paciente, es vista en consultas y controlada por un médico, mientras que en el caso de la donación de espermatozoides esto no ocurre. El reconocimiento de estos costos diferenciales se contempla en la compensación monetaria, ya que la donación de óvulos –no el óvulo en sí, porque en cada donación se obtienen más de un gameto-, se paga más que la de espermatozoides. Sin embargo, ¿son las implicancias subjetivas de ambas donaciones similares?, ¿son las razones para donar las mismas?, ¿cualquier mujer aceptaría donar sus óvulos?, ¿cuáles son los significados que se ponen en juego en la donación/aceptación de material reproductivo de terceros para tener el hijo biológicamente vinculado (Diniz y Gómez Costa, 2006).

V. Donación y recepción de óvulos en el Rio de la Plata.

Algunas de las entrevistadas, como Jazmín, Milagros y Laura no consideraron, según sus relatos, la posibilidad de aceptar material de terceros, para ellas esto constituye un límite y no se vieron enfrentadas a él. Milagros acepta que de haber continuado sin poder gestar seguramente se lo hubiera planteado; Jazmín dice que si hubiera tenido que transitar una tercera in vitro y hubiera pasado nuevamente por el tratamiento hormonal a fin de preparar su cuerpo para la transferencia de embriones frescos hubiera aceptado donar algunos de sus óvulos, de todas formas no tuvo que pasar por esa situación y tomar una decisión al respecto. Todas las demás entrevistadas se lo plantearon con diversas respuestas.

Para Marcia la recepción de óvulos se vive como un límite a la injerencia sobre su cuerpo, un límite que surge de la negociación con su pareja que es quien en definitiva no acepta la donación; ella estaría dispuesta,

“ENTREVISTADORA: Yyyyy, lo han conversado con tu pareja, ¿hasta cuándo seguirían?”

MARCIA: Bueno, esa es una de las cosas que el siempre me plantea. Pero tenemos definidas algunas cosas. Una de las cosas que tenemos definidas es que, si bien estamos de acuerdo y todo lo demás, nosotros no iríamos a ovodonación ni a donación de espermatozoides.

ENTREVISTADORA: Te iba a pregunta eso, ¿por qué?

MARCIA: Eh, porqueeeee tenemos mucho miedo de no poder manejar la situación más adelante. Porque básicamente por eso y porque decidimos que teníamos que poner un coto a algo. Nosotros siempre quisimos formar una familia yyyyyyy consideramos que hemos hecho todo lo que está a nuestro alcance para llegar a ello, pero si no se da, no se da. [...] El como que viste, para él es una locura que...

ENTREVISTADORA: ¿Ah, vos aceptarías?

MARCIA: Yo... para las demás lo acepto, lo apoyo y lo estimulo, para mi no estoy tan convencida.

ENTREVISTADORA: ¿Y por qué no quieren la ovodonación, o el no quiere y vos estás ahí....?

MARCIA: Yo, para mi, es un método mas. Yo siempre digo que la ovodonación lo único que vas a tener es un hijo con la carga genética de otro, pero ese hijo va a nacer porque vos lo gestaste y vos lo pariste. Pero el no te da muchas razones, el te dice que es desafiar demasiado a la naturaleza y ta”.

La aceptación de material genético de terceros se plantea siempre como una barrera, la cual se va corriendo en virtud de las situaciones personales y, en el caso de los/as técnicos/as, de los cambios en las prácticas y concepciones médicas,

“ENTREVISTADORA: ¿Y hay resistencia a recibir óvulos de otra mujer por parte de una paciente?

MÉDICO C: Sí. Hay varias etapas en esto [...] yo he tenido, hace seis o siete años que hago ovodonación y al principio cuando le digo a una paciente que no tiene óvulos que sirvan sale corriendo del consultorio. Yo siempre digo la verdad sabiendo a qué me atenía. Muchas a los tres, cuatro meses volvían; otras no volvían más. Pero ahora lo veo más... como que en estos últimos dos años he visto ya no les causa tanta resistencia que yo les diga de la ovodonación, algunas ya vienen pensando que podría ser para ellas. Muchas no lo quieren. [...] Yo me resistía un poco a usar semen de donante. [...] Porque no me gustaba, no había banco de semen acá, había que ir a buscar el semen al exterior, no me gustaba mucho. Usted sabe que en todo esto uno tiene que hacer su cultura propia también. Como con la ovodonación, cuando a usted le dicen ovodonación la primera tendencia es pensar que es un disparate, la segunda es pensarlo y la tercera aceptarlo o no aceptarlo. He tenido una funcionaria de esta institución que la primera vez que se lo dije salió disparada, a los años volvió y ahora tiene mellizas y está loca de la vida” (Médico C, Uruguay).

En su investigación sobre donación y recepción de gametos en Madrid, Alvarez Plaza (2008) destaca el carácter vinculante que a nivel simbólico posee la gestación. Los y las médicos/as refieren en las entrevistas sobre cómo esta vinculación, que para ellos y ellas es material, deviene del proceso nutricional y del intercambio de fluidos de la mujer con el ser que se desarrolla en su vientre, pero que aquí entendemos que encuentra su legitimación simbólica en estos procesos biológicos que resguardan la participación de la mujer en el engendramiento de ese bebé, a pesar de no aportar sus óvulos,

“MÉDICO C: [...] tanto el hombre cuando la mujer hay un primer momento, cuando reciben la noticia de que tienen que utilizar gametas donadas sin lugar a dudas hay un golpe o un shock porqueeeee en general se prefiere siempre utilizar las gametas propias. Hay un tema de que uno quiere que la descendencia

tenga los mismos genes, es una cosa natural, humana. Ahora, cuando se dan cuenta de que el único camino que tienen es la utilización de gametas donadas ya se hace un click, y esa mujer o esa pareja empiezan a entender que al ser esa la única opción de lograr un embarazo lo empiezan a aceptar y a restarle importancia a lo que es un tema genético y a darle más importancia a lo que es un embarazo, un parto y bueno.

ENTREVISTADORA: ¿Y pasa lo mismo con la donación de semen?

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

Uno de los especialistas argentinos entrevistados aludía al lugar cultural, en términos de parentesco, que tienen en nuestra cultura los diversos materiales y procesos biológicos: gametas, gestación, parto,

“MÉDICO B: [...] por lo que yo veo realmente/es distinto de la espermodonación.

ENTREVISTADORA: ¿Por qué?

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

Esta forma de mirar el rol del varón que no aporta su esperma en la gestación parece contraponerse con una aceptación más fácil por parte de las parejas consultantes, que el mismo especialista constata, de la recepción de esperma frente a la recepción de óvulos. Esta aparente contradicción adquiere sin embargo sentido si pensamos en la metonimia existente entre óvulo-útero-maternidad.

El tipo de argumento expuesto por los técnicos/as del área médica es lógicamente compartido por muchas mujeres y sus parejas y responde a lo que podemos simbolizar como uterización del vínculo, que parece no tener un parangón en el establecimiento de un vínculo fuera del útero, fundado en el cuidado del otro y en la nutrición fuera del cuerpo materno –la adopción se plantea siempre como la solución cuando ya se ha intentado todo lo demás–, es quizás uno de los obstáculos a la aceptación del procedimiento de subrogación de útero y lo que permite aseverar que es fácil comprender que una gestante no quiera entregar luego el bebé a la pareja que brindó el material genético.

Leticia, que fue madre de mellizas con ovodonación, recalca el lugar del embarazo en su historia reproductiva pero también el deseo activo como una condición en ese proceso. Después de finalizada la entrevista, ya con el grabador apagado, Leticia me dijo que esas niñas eran más suyas que de cualquiera por el empeño que había puesto para conseguirlas.

Las mujeres ponen su cuerpo a disposición de la procreación colocando su salud en un segundo plano, incluso, como mencioné antes, cuando es el esposo el que tiene el problema para gestar, también porque para la medicina es más fácil trabajar sobre el factor femenino, pero no solo por esa razón, sino porque a las mujeres les es mucho más fácil medicalizarse ellas y poner en segundo plano sus intereses porque lo hacen en un entramado cultural que ha naturalizado esta disposición:

“MÉDICO C: Mire, el día de la madre me encontré con una pareja que yo les hice ovodonación. Tenía un espermatozoides muy malo el marido y ella tenía óvulos perooooo, quedó embarazada y lo perdió dos veces. Quedaba embarazada y lo perdí enseguida. Y el no quería donación de espermatozoides. Yo le había aconsejado incluso no acá (no se entiende) la ovodonación. Usted sabe que los óvulos de gran calidad mejoran el espermatozoides también a veces. [...] Entonces ella me dijo, son los dos ingenieros, ella vino y me dijo “yo renuncio a mis óvulos, no tengo problema. Consígame una donante”. Y tienen una botija preciosa, ¿no? Me los encontré el día de la madre en *** y ella me dijo “esto se lo debo a usted”. ENTREVISTADORA: O sea que ella, siendo el marido el que estaba en peores condiciones, aceptó ponerse ella detrás, sacrificar sus óvulos... MÉDICO C: Sí, sí, es una parejita muy buena, se llevan muy bien ellos, y él tenía resistencia a la ovodonación, ella no” (Médico C, Uruguay).

Mientras que para algunas de las mujeres entrevistadas el gestar y parir compensan la imposibilidad de dotar al niño/a de su herencia genética, para otras tener un hijo con ovocitos de otra mujer es como que su esposo tenga un hijo con esa mujer y no con ellas.

Sin embargo los técnicos siguen reforzando de manera simbólica la idea de pertenencia aludiendo al proceso de gestación y nacimiento; el entramado cultural que sostiene estos procesos está transformándose en el sentido de otorgar una prioridad simbólica a la uterización del vínculo. Por su parte el nexo parental en el caso de los embarazos con semen de donante encuentra su correlato en la búsqueda de semejanzas fenotípicas con el padre social. La equiparación de características fenotípicas entre receptores, tanto de espermatozoides como de óvulos y donantes se busca de manera activa. Sobre ese punto se refería un médico bonaerense,

“ENTREVISTADORA: ¿Y buscan características fenotípicas?

MÉDICO C: Sí, sí.

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

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

En el mismo sentido opinaba una médica uruguaya,

“MÉDICA E: En términos generales las pacientes que entran en el programa son muy razonables y lo que buscan es una descendencia, quieren su maternidad, y lo que uno busca es que esa maternidad sea lo más parecida a ella. Así que si la mujer es gordita y bajita, y morocha, no le vas a poner a una mujer de dos metros, rubia y de ojos celestes. Buscás algo parecido. [...] También buscamos otras cosas en la donante, o sea, no toda mujer que esté en condiciones de donar la aceptamos. Buscamos un nivel cultural adecuado, tal vez falta educación por un tema de costos, tuvo que empezar a trabajar, pero no porque su nivel intelectual no sea adecuado. Y además nuestras pacientes que donan saben lo que están donando, porque están caminando el camino de la esterilidad. Saben bien que ese óvulo que donan puede ser un niño. Ellas no van a saber si se va a lograr un niño, esas son nuestras reglas. [...] Tratamos en lo posible de

separar la situación, la mujer dona células y la otra recibe células, esa célula no viene con una foto atrás, por eso no aceptamos familiares. “yo quiero que mi hermana done”, “no”. Porque ¿qué va a ser este niño, va a ser tu sobrino o tu hijo? ¿Vos querés un hijo para tu familia, para tu familia? Entonces que no venga con una foto atrás, que sea solo para ustedes. Y bueno, lo mismo la otra paciente, que no sabe a quién se lo donó ni tampoco si se va a generar un niño, pero sí tiene que saber que cuando ese niño tenga entre 12 y 15 años por el Código de los Derechos del Niño, es el único que puede venir a pedir datos de descendencia, y que la donante tiene que aceptar que si en algún momento se genera un niño ese niño tiene que venir a pedir datos de ella, y tiene que aceptarlo” (Médica E, Uruguay).

El anonimato y la ocultación prevalecen en el sistema de donación y recepción de gametos, lo cual va en contra de la idea occidental sobre la relevancia “[...] del conocimiento de los orígenes genéticos en el desarrollo de la identidad” (Alvarez Plaza, 2008: 167). Y si bien una de las razones para la búsqueda de similitudes fenotípicas entre donantes y receptores es la presunta mayor integración del/a niño/a nacido/a al contexto familiar (Alvarez Plaza, 2008), las similitudes fenotípicas permiten también continuar con el ocultamiento de la intervención de material genético de terceros en la procreación.

Así también la búsqueda de semejanzas fenotípicas busca de algún modo aproximar la reproducción lograda con intervención tecnológica a aquella conseguida de manera natural (Diniz; Gómez Costa, 2006). Como ha subrayado Strathern (1995) las TRA se presentan como una ayuda a la naturaleza, no en su contra sino complementarias a ella. Mediante la selección de atributos se inscribe una pertenencia simbólica que ancla en algo que se presume natural: los genes, preservando así los sentidos nuestra noción euro-americana de parentesco, en la cual los genes y la sangre son las metáforas del vínculo parental.

La propia noción de parentesco, como señaló Schneider (1984), es una noción europea fuertemente centrada en la sexualidad y la biología. A partir de 1953, cuando Watson y Crick dan cuenta de la estructura de doble hélice del ácido desoxirribonucleico, más conocido como ADN – descubrimiento que les permitió explicar el almacenamiento y transmisión de la información hereditaria- la metáfora de la “sangre” para hablar de la similitud genética cedió el lugar al ADN como marcador de la identidad compartida. El ADN pasó a ser la metáfora del vínculo parental (Simpson, 1998).

La importancia de la continuidad genética en la construcción de los vínculos parentales es también constatada por Hayden para las parejas homosexuales: “La continuidad genética, literal o simulada, constituye una fuente integral de las tentativas de proporcionar unidad a la familia lésbica” (Hayden, 1995; en Ramírez-Gálvez, 2005: 80).

En los discursos de médicos y médicas la búsqueda del parecido físico resulta una obviedad, una consecuencia de lo que ocurriría –aunque no siempre ocurra- en un embarazo sin intervención genética de terceros. También oculta la mercantilización del material genético, permite olvidar que ha existido. De hecho en estos procesos de donación/recepción de óvulos el término utilizado no es venta/compra sino donación, eso dota de un carácter altruista al intercambio. Una de las médicas entrevistadas se refería al perfil altruista de la donación de ovocitos,

“No digo que sea garantido el perfil altruista, porque hay dinero en el medio. Es mucho lo que tienen que hacer, yo no lo haría, por más buena que sea. “Esperá un momento, si tengo que perder de ir a trabajar, me van a pinchar, por lo menos dame algo a cambio”. Entonces por lo general es el perfil de una mujer altruista, que ya tiene hijos y que dice yo estoy perdiendo óvulos todos los meses si a alguien le pueden servir yo se lo doy. “no, pero mirá que te tenés

que”, “ah, no”, “pero mirá que te regalan mil dólares”, “ah, bueno, está bien, porque le tengo que hacer la fiesta de cumpleaños al nene”, y le hace con los mil dólares el cumpleaños al nene, que antes no lo podía hacer” (Médica A, Uruguay).

Sin embargo este altruismo contrasta con la no aceptación por parte de los y las técnicos/as de material genético proveniente de un familiar de alguno de los miembros de la pareja; son los técnicos y técnicas quienes definen la relación posible entre donante y receptor, no se consulta a la pareja si desea que sea un familiar cercano el que done, se asume que esto será un problema para la filiación futura. Las parejas negocian, dependiendo de sus posibilidades económicas, sociales y culturales, sus opciones; negocian tratamientos y formas de constituir una relación parental, pero siempre dentro de las limitantes que la medicina reproductiva establece.

En Uruguay la obtención de óvulos para un tratamiento de reproducción in vitro puede hacerse mediante dos tipos de procedimientos: donación pura o la donación mixta, también llamada donación en paralelo⁶. En el primer tipo de procedimiento se acude a un Banco de Óvulos; quienes donan al Banco son mujeres a las cuales se les exigen determinadas condiciones y las que reciben a cambio de su donación una retribución económica. La segunda forma de donación es la que se denomina mixta o en paralelo: una mujer en tratamiento de reproducción asistida pero no por un problema relacionado a sus óvulos sin generalmente debido al factor masculino le dona a otra, también en tratamiento, que sí necesita los óvulos y ésta le retribuye costeadando parte de su tratamiento.

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

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

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

“MÉDICO A: Para empezar la donación de óvulos eran mujeres que hacían tratamientos y vos veías que iban a responder bien porque por ejemplo eran jóvenes y hacían tratamiento porque el problema estaba en el hombre entonces

⁶ Con el proyecto de ley recientemente aprobado, los procedimientos de donación y recepción de material reproductivo serán gestionados a través de Bancos de Donación por lo cual la única forma de ovodonación que podrá instrumentarse será la donación pura. El texto completo del mencionado proyecto, aún no reglamentado, se encuentra disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/pdfs/repartidos/senado/S2013100908-00.pdf>. Consultado el 25 de octubre de 2013.

era un problema de las trompas y decías “si respondés bien tenés problemas en donar algunos óvulos?” y eso era lo que se llamaba la donación altruista o compartida y eso. Pero eso ya no lo hacemos más y no sé si se hace en algún lado. [...] Ahora son mujeres, son jóvenes que aceptan donar y todo lo que producen lo donan. Lo otro era medio frustrante, porque vos tenías a la donadora que vos pensabas que te iba a responder bien y después no te respondía bien porque también justamente tenía algún problema por el que no venía el embarazo y era complicado. Entonces “¿cuánto le saco, cuatro óvulos, cinco óvulos?, era medio complicado. Y también con esta difusión de la ovodonación aparecieron más donantes. También en la medida en que hay más problemas económicos, bajan las receptoras y suben las donantes. ¿Por qué?, porque las donantes tienen una compensación económica y la receptora tiene que pagar. Y la gente no puede pagar y hay más gente que se ofrece porque necesita. Y el nivel de las donantes mejoró también, el nivel socioeconómico” (Medico A, Argentina).

Otro especialista bonaerense reflexionaba de forma más amplia sobre las implicancias éticas de la donación en paralelo,

“MEDICO B: Estoy haciéndole una estimulación pero no para ella sino para otra persona, estás causando como un desperfecto. Y bueno... ahí hay toda una cosa que la gente elige, está bien, pero cuando uno analiza quienes son los potenciales donantes y lamentablemente son quienes necesitan dinero. Entonces todo eso del altruismo, no, es una necesidad. Entonces me parece que teniendo en cuenta esto siempre la ovodonación para que uno no se vea comprometido en esto, porque no es fácil” (Medico B, Argentina).

Este profesional ubica la discusión justamente en el marco de un desarrollo que profundiza inequidades preexistentes. Su testimonio ilustra los vaivenes, los cuestionamientos ético/morales a los cuales se tienen que enfrentar aquellos/as que llevan su tarea de una manera reflexiva.

Para la mayoría de quienes trabajan en el área, sin embargo, no se debería tener a priori cuestionamientos éticos. Los límites personales y también los de la sociedad toda, tienden cada vez a una mayor laxitud en el sentido de no poner un freno al avance científico tecnológico; parecen acompañar lo que Habermas (2002: 36) señala como un cada vez mayor aflojamiento de las “cadenas socio morales” en el marco del desarrollo de una eugenesia liberal, regulada sobre la base de la oferta y la demanda (Habermas, 2002: 9). En este contexto no resulta extraño que 31% de los asistentes al “Simposio sobre aspectos legales y...” (2011) realizado en Buenos Aires, Argentina, aceptara que las mujeres donantes pasaran por un máximo de hasta seis ciclos de estimulación y aspiración de óvulos y un 2% hasta 8 ciclos de estimulación y aspiración⁷. La mayoría de las razones, por tanto, para preferir uno u otro procedimiento se colocan en el plano técnico, desconociendo así otro tipo de implicancias que suponen cuestionamientos ético-morales,

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

ENTREVISTADORA: ¿Por qué razón?

⁷ Cabe agregar que la mayoría, el 67% estuvo de acuerdo que fueran hasta un máximo de 4 ciclos y ninguno/a de los/as presentes aceptó llegar hasta los 10 ciclos.

MÉDICO C: y la razón más importante es que la donante, la que no es voluntaria, es más joven, es sana, no tiene problemas de infertilidad, de hecho el 80 por ciento tiene hijos” (Médico C, Argentina).

En el marco de una argumentación similar, uno de los médicos entrevistados en Uruguay señalaba que sus discrepancias no tenían relación con el procedimiento en sí sino en su inadecuación para un país que no brinda las garantías legales para llevarlo adelante.

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

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

Quienes practican la donación en paralelo tienen también sus razones para justificar el procedimiento. La médica E recalca el carácter social del mismo,

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

Para otro de los médicos entrevistados, que también practica la donación en paralelo, las razones para su preferencia son otras y están centradas en la confianza que le da conocer a la donante y conocer, a partir de los exámenes que ella se tiene que necesariamente realizar para su tratamiento, su estado real de salud; no confía en la información manejada de manera externa, por un Banco de Óvulos,

“MÉDICO F: Nosotros solo hacemos donación mixta. [...] el gran problema con la donación de óvulos es que tu te podés enfrentar a que los datos que tenés no necesariamente sean ciertos, por más esfuerzos que le pongas. En este país no es un país que la legislación diga, como en Estados Unidos, lo que estás haciendo; tu sabés lo que estás haciendo y sabés que no podés dejar de hacerlo. Acá yo si a ti te contrato, empezás y dejás cuando te van a aspirar los óvulos, y

decís “no, yo quiero mil dólares más porque sino, no me sirve”, ¿qué hago? En otros países no lo podés hacer porque vas presa” (Médico F, Uruguay).

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

En el caso de la donación simple, ésta podría habilitar un mercado ilegal de venta y compra de ovocitos (Alvarez Plaza, 2008). Si bien las clínicas reciben su suministro de un Banco de Óvulos, el procedimiento en sí no obvia la utilización de material reproductivo que las parejas pudieran aportar, aunque actualmente pueden existir situaciones en las cuales la mujer acuda a óvulos criopreservados por ella; de todas maneras se trata de algo poco común por el breve lapso de tiempo que lleva esta técnica y por la ausencia de una actitud de prevención de las mujeres en relación a criopreservar sus óvulos para una futura maternidad, además de los costos del procedimiento y de las consecuencias de someterse a la hiperestimulación. La escasez de este tipo de insumo podría llevar a que se diera una laxitud en la aceptación del material por parte de las clínicas. La donación en paralelo limita esta posibilidad.

Sin embargo en el caso de la donación en paralelo, la mujer que debe, si quiere conseguir un tratamiento y a menos que pueda pagarlo –que no es usualmente lo que sucede–, dar parte de sus óvulos a otra mujer. Su margen de decisión está limitado por su condición económica: si tiene dinero para costear su tratamiento puede decidir donar o no donar, si no lo tiene su única opción es donar o no realizarse el tratamiento. Ello además la llevará a una hiper estimulación para producir mayor número de ovocitos, aún si la condición de su imposibilidad no la obligara a ello. Por otra parte los *costos* que debe pagar se tornan altísimos profundizando así la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la mujer en su tránsito por la reproducción asistida. El testimonio de Andrea es elocuente al respecto. Andrea recordaba lo que le había dicho su médico tratante al hacerle la propuesta de ser donante de otra mujer en tratamiento, como ella,

“Yo sé que te suena raro, pero es como dar en adopción un hijo”. Yo escuchaba. “porque, claro, es persona a la que vos le donás los folículos, esos folículos van a ser fecundados con el semen del marido, ella lo va a tener en la panza, pero la información genética de ella no va a haber. Va a ser un hijo tuyo con ese marido”.

Más adelante en la entrevista Andrea también se refería a la discusión con su pareja para ver qué hacer frente a la propuesta,

Ta, yo le digo “yo sé que no tenemos esa posibilidad y yo quiero ser madre y vos querés ser padre... yo estoy dispuesta a ser donante”, “¿estás segura?”, “yo lo veo por el lado de que por otro lado está una persona que está con la misma necesidad que yo pero peor que yo, porque tiene el dinero pero no tiene lo que más necesita que son folículo y le digo, yo lo quiero hacer. Primero quiero hablar con él, bien, que me explique bien y después quiero ver de hacerlo”.

VI. Las lógicas culturales que sostienen las desigualdades en el campo de la reproducción asistida.

La cada vez menor dependencia, debida a los desarrollos técnicos, de gametos masculinos de alguien externo a la pareja; el remarque desde la biomedicina de la poca disponibilidad de ovocitos, sumado a que la buena calidad de los mismos se muestra como un factor

determinante para el buen éxito del tratamiento; la existencia de mayor cantidad de mujeres en situación de vulnerabilidad económica con respecto a los varones y también de la mayor disposición de las mujeres a medicalizarse, tanto como donantes como receptoras, todo esto hace que los óvulos se hayan convertido en un bien altamente valorado por la medicina reproductiva.

Además el discurso de la medicina legítima o impugna la instrumentalización del cuerpo o la explotación de algunas de sus partes para hacer posible ciertas intervenciones (Guthmann, 2005). Es uno de los elementos del universo simbólico en el cual estas tecnologías se sustentan y que, según Guthman (2005) está regido por cuatro principios: el deseo del hijo, la inexorabilidad de las TRA, la necesidad de no trabar ni demorar el progreso científico y la necesaria ampliación del campo y objetivos de la medicina.

Los óvulos pueden utilizarse para la reproducción pero también para la investigación y eventualmente para la clonación, más allá de la restricción legal que esta práctica tenga en la actualidad⁸. Ello puede conducir, como apunta Consuelo Alvarez Plaza (2008) a una mercantilización de los cuerpos de las mujeres y la consideración de éstos como “depósitos de partes disponibles” (Scheper-Hughes, 1996; en Alvarez Plaza, 2008).

El aumento de la demanda de ovocitos puede llevar de manera concomitante a un aumento de la oferta, lo que supondría que mujeres jóvenes –porque se busca donantes de no más de 35 años- y seguramente con la finalidad de obtener un retorno económico a cambio de su material genético, se sometan a procedimientos de hiperestimulación ovárica con las consecuencias que tales tratamientos pueden generar: problemas en la función renal, hepática, respiratoria y hematológica (Alvarez Plaza, 2008). Al consumo de hormonas se suma además el procedimiento de punción folicular mediante el cual se extraen los ovocitos, procedimiento que se realiza en la mayoría de los casos bajo anestesia general⁹.

Esta lógica de la eugenesia neoliberal, que legitima la explotación del cuerpo para obtener algunas partes con miras a determinadas intervenciones, en articulación con desigualdades sociales existentes y estructuras de sentido fuertemente arraigadas, como el vínculo mujer-madre, se articulan con otras para profundizarlas.

He intentado, a partir del análisis de los discursos surgidos de las entrevistas a médicos y mujeres, delinear las particularidades de estas estructuras de sentido en el campo de la reproducción asistida. Una de ellas es el énfasis en la consecución de la filiación genética para el varón, que queda reafirmada en su contraparte, la uterización del vínculo entre la mujer y su prole. Esta uterización del vínculo es la que habilita, culturalmente, la aceptación de ovocitos de otra mujer para lograr una descendencia biológicamente vinculada; lo que permite su donación es en cambio la lógica mercantilista o la desesperación por lograr el proyecto maternal, como lo atestigua el testimonio de Andrea. Los lugares de donante y receptora no son intercambiables.

El debate que el Feminismo ha dado sobre cómo posicionarse frente a estas tecnologías de la reproducción, que ha pivotado entre una postura alentadora en tanto las TRA permitirían, por lo menos en teoría, cuestionar los arreglos familiares/parentales tradicionales, y otra poco auspiciosa, en tanto convertirían la reproducción en una cuestión al servicio del sistema económico, habilitando además prácticas eugenésicas como la selección de embriones y eventualmente la clonación (Guemez, 2005), encuentra, más de treinta años después del nacimiento de Luis Brown y según la manera en que se pone en funcionamiento en un contexto específico, algunas respuestas.

Lo que prometía ser una transformación sustantiva en las maneras de establecer el parentesco encuentra trabas en culturales en su práctica y cada vez más el desarrollo de las

8 La clonación humana está actualmente prohibida a nivel mundial.

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

TRA y su aplicación se nutre al tiempo que profundiza las desigualdades de género y socioeconómicas imperantes en el contexto social.

La autonomía en las decisiones reproductivas de las mujeres encuentra así sus límites en la justicia-injusticia social. La labor teórica que queda por delante, anuncia Guemez (2005), es buscar interpretar la autonomía dentro de estos contextos de desigualdad y discriminación.

Bibliografía.

- ALVAREZ PLAZA, Consuelo
2008 *La búsqueda de la eterna fertilidad. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos*. España: Alcalá Grupo Editorial.
- BADINTER, Elizabeth
1991 *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal, s. XVII al XX*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- BESTARD CAMPS, Joan
2003 *Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones*. Barcelona: Departamento de Antropología Cultural e Historia de América y África.
- CRUZ-COKE, Ricardo
1999 “Historia de la genética Latinoamericana en el siglo XX”, en *Revista Médica*, 127,12, diciembre, Santiago de Chile.
- DINIZ, Débora; GÓMEZ Costa, Rosely
2006 “Infertilidad e infecundidad: acceso a nuevas tecnologías reproductivas”, en Cáceres, Carlos F. et al. (Orgs.). *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina: 55-67*. FASPA/UPCH: Lima.
- GEERTZ, Clifford
1996 *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- GÜEZMES, Ana
2005 “Las tecnologías de reproducción asistida. Una aproximación desde la ética y las fugas feministas”, en *SeriAs para el debate*, 4: 24-51, Lima.
- GUTHMANN, Yanina
2005 “El discurso bioético y la legitimación de las nuevas tecnologías reproductivas”, en *SeriAs para el debate*, 4: 93-111, Lima.
- HABERMAS, Jürgen
2002 *El futuro de la naturaleza humana. Hacia una eugenesia liberal*. Barcelona: Paidós.
- LAQUEUR, Thomas
1994 *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- MARTIN, Emily
1991 “The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles”, en *University Chicago Press*, 16, 3: 485-509, Chicago.
- MUÑOZ, Emilio
2001 “Biotecnología y sociedad”, en *Encuentros y desencuentros*. Madrid: Cambridge University Press.
- OLAVARRÍA, María Eugenia
2008 “Poder, mercado y tecnología del parentesco contemporáneo”, en *Revista de Antropología Experimental*, 8, texto 17: 235-244, Universidad de Jaén, España.
- OUDSHOORN, Nelly
2004 “Contraceptives ‘Astronauts in the Sperm World’: The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male”, en *Men and Masculinities* 6; 349. <http://www.sagepublications.com> (4-12-2012)
- PAREDES, Mariana
2003 *Trayectorias reproductivas, relaciones de género y dinámicas familiares en Uruguay*. Universidad de Barcelona, Centro de Estudios Demográficos, Programa de Geografía Humana. [Tesis pDH]

- PORTES VARGAS, Eliane
2002 “Gênero e infertilidade na ótica feminina”, en Barbosa, Regina Maria; Leao de Aquino, Estela Maria; Heilborn, Maria Luiza; Barquó, Elza (Orgs) *Interfaces. Gênero, sexualidades e saúde reprodutiva*. Brasil: Unicamp.
- RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia
2005 “El uso de las tecnologías y la configuración de nuevas formas de reproducción”, en *SeriAs para el Debate*, 4: 81-89, Lima.
- SCAVONE, Lucila
(s/d) “Tecnologias Conceptivas e Feminismos: mudanças e permanências na família e nas relações de gênero”. [https://www.google.com.uy/#hl=es&tbo=d&output=search&client=psy-ab&q=++Scavone%2C+Lucila+\(\)Tecnologias+Conceptivas+e+Feminismos:+mudan%C3%A7as+e+perman%C3%Aancias+na+fam%C3%ADlia+e+nas+rela%C3%A7%C3%B5es+de+g%C3%AAnero&oq=++Scavone%2C+Lucila+\(\)Tecnologias+Conceptivas+e+Feminismos:+mudan%C3%A7as+e+perman%C3%Aancias+na+fam%C3%ADlia+e+nas+rela%C3%A7%C3%B5es+de+g%C3%AAnero&gs_l=hp.3...1159.1159.0.1454.1.1.0.0.0.0.0.0.0.1...1c.1.3.psy-ab.h1c4XkfCHEA&pbx=1&bav=on.2,or,r_gc.r_pw.r_qf.&bvm=bv.42553238,d.eWU&fp=ab09ac6fdb5051a&biw=1024&bih=667.](https://www.google.com.uy/#hl=es&tbo=d&output=search&client=psy-ab&q=++Scavone%2C+Lucila+()Tecnologias+Conceptivas+e+Feminismos:+mudan%C3%A7as+e+perman%C3%Aancias+na+fam%C3%ADlia+e+nas+rela%C3%A7%C3%B5es+de+g%C3%AAnero&oq=++Scavone%2C+Lucila+()Tecnologias+Conceptivas+e+Feminismos:+mudan%C3%A7as+e+perman%C3%Aancias+na+fam%C3%ADlia+e+nas+rela%C3%A7%C3%B5es+de+g%C3%AAnero&gs_l=hp.3...1159.1159.0.1454.1.1.0.0.0.0.0.0.0.1...1c.1.3.psy-ab.h1c4XkfCHEA&pbx=1&bav=on.2,or,r_gc.r_pw.r_qf.&bvm=bv.42553238,d.eWU&fp=ab09ac6fdb5051a&biw=1024&bih=667.) (8-9-2012).
- SCOTT, Joan
1996 “El género: Una categoría útil para el análisis histórico”, en Lamas, Marta (Comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*: 265-302. México: PUEG.
- SCHNEIDER, David M.
1984 *A critique of the Study of kinship*. Michigan: University of Michigan.
- SCHWARZ, Patricia K.N
2010 “Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la Ciudad de Buenos”, en *Revista Latinoamericana, Sexualidad, Salud y Sociedad*, N° 6, diciembre: 83-104.
- SIMPSON, Bob
1998 “Comunidades genéticas imaginadas”, en Boivin (et. Alt.) *Constructores de otredad...* Buenos Aires: Eudeba.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA REPRODUCTIVA, SOCIEDAD ARGENTINA DE ANTROPOLOGÍA Y RED LATINOAMERICANA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA
2011 “Aspectos éticos y legales de las técnicas de reproducción asistida y las diferentes alternativas terapéuticas”, *Simposio*, Hotel Emperador de Buenos Aires, 29 y 30 de abril.
- SOMMER, S.
1999 “Nuevas formas de procreación”, en Scavone, Lucila (ed.) *Género y Salud Reproductiva en América Latina*: 308-332. Cartago: Libro Universitario Regional.
- STRATHERN, Marilyn
1995 “Future Kinship and the study of culture”, en *Revista Futures*, 27, 4: 423-435, Gran Bretaña.
- TAMANINI, Marlene
2009 *Reprodução assistida e gênero. O olhar das ciências humanas*. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.