

I Congreso latinoamericano de Teoría Social

Mesa N° 7: Biopolítica, bioeconomía y modos de subjetivación. Enfoques teóricos y análisis empíricos en América latina¹.

Título de la ponencia: Los desafíos simbólicos de la reproducción humana en sus cruces con la técnica

Autora: Alicia Natalia Mariné

Licenciada en Ciencias de la Comunicación Social, UBA. Maestranda en Investigación en Ciencias Sociales, UBA.

alimarine@gmail.com

1.

En la dicotomía imposible entre cultura y naturaleza se define lo humano. La cultura es la forma que han cobrado los esfuerzos del hombre que se ha propuesto administrar su animalidad, en oposición a la cual ha construido su identidad. El sexo, esta función corporal que se activa en respuesta a impulsos irracionales que tanto nos emparentan con el resto de los mamíferos, ha sido extensamente ritualizada, normativizada y significada. Ha sido origen del tabú que se postula como la piedra fundante de todas las sociedades conocidas.

Desde la antigüedad, la sexualidad humana ha sido un objeto privilegiado de técnicas y reglamentaciones diversas (sobre todo morales) que regulaban y pretendían controlar la propagación de la especie de acuerdo a la cosmovisión reinante de la sociedad en la que se aplicaban y/o imponían. Nuestra época posmoderna no es la excepción y el gran auge que vienen experimentando las biotecnologías desde las últimas décadas complejiza el panorama y hace pertinente la indagación sobre nociones tradicionales basadas en la división sexual del trabajo, que ven tambalear sus significados a la luz de las posibles experiencias que prometen y permiten las nuevas tecnologías. Pero, ¿en qué sentido se producen estas modificaciones? ¿Permiten una redefinición de los géneros tradicionales, en tanto que construcciones sociales e históricas? La técnica aplicada a la reproducción, ¿permite a la mujer tener un mayor control sobre su capacidad reproductiva; o por el contrario, esta ve controlada su capacidad gestante por un saber técnico que invade el cuerpo femenino y pretende, a su vez, apropiarse de esta capacidad? ¿Cuál será el futuro de la familia tradicional, es decir, la familia monógama, heterosexual y patriarcal, frente a las nuevas posibilidades técnicas que permiten, por ejemplo, que una mujer pueda tener un hijo sin la intervención de un hombre (que es reducido a “donante de esperma”) o que un hombre pueda acceder a la paternidad mediante el “alquiler de un vientre”? ¿Qué significa “tener un hijo” a partir del momento en que, gracias a la anticoncepción y las procreaciones médicamente asistidas, esta posibilidad puede ser controlada y pasa al dominio del cálculo racional?

Este ensayo se propone reflexionar sobre el impacto simbólico que las prácticas técnicas relacionadas a la reproducción tienen en el imaginario social, analizando los discursos que versan sobre tales técnicas, para desentramar las nociones de lo femenino, lo masculino, la sexualidad, la maternidad, la paternidad y la filiación que ellas contribuyen a construir. Se trata de pensar las características de las posibilidades técnicas actuales referentes

a la reproducción humana y qué relaciones sociales, familiares y de género posibilitan o hacen pensables estas técnicas. Parto de considerar que lo que es pensable en una sociedad está siempre sobredeterminando las prácticas de los individuos que la componen. Las diferentes técnicas pueden abrirse paso cuando las prácticas que permiten se hacen pensables. Y a su vez, las prácticas a las que dan lugar (y las que podrían permitir, pero son dejadas de lado) están condicionadas por esta matriz simbólica en la que las técnicas son concebidas.

La hipótesis que guiará el trabajo será la siguiente: las técnicas aplicadas a la procreación, por sí solas, no conducirán a la emancipación de la mujer en tanto que las prácticas que estas permitan se apoyarán sobre las relaciones de fuerza vigentes.

Por técnicas aplicadas a la reproducción entiendo todas aquellas prácticas que buscan controlar la imprevisibilidad propia de la procreación natural y que conllevan necesariamente la disociación entre sexo y reproducción. En esta definición estarían comprendidas prácticas tales como la anticoncepción; la interrupción voluntaria del embarazo y las procreaciones médicamente asistidas: la inseminación artificial y la fecundación in vitro, que pueden realizarse mediante la donación de gametos o no. Es importante destacar que todas estas técnicas encuentran un límite: el desarrollo del feto fuera del cuerpo de la mujer es aún imposible en el actual estadio del desarrollo científico. Sin embargo, este es un impedimento que activamente busca ser sorteado por un gran número de científicos. ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Qué posibilidades abriría un descubrimiento tal?

2.

Foucault describió el proceso a través del cual los Estados modernos fundaron en la administración de la vida su razón de ser. En el acto de matar, sobre el que se fundaba el poder soberano, la autoridad se anula a sí misma, destruyendo la relación social que le sirve de fundamento. Nace entonces lo que dio en llamar un biopoder, que se propone controlar y regular la vida de sus poblaciones, al haber descubierto en ellas el valor de su utilidad, principalmente en las fábricas y en el ejército. El dispositivo de sexualidad es una consecuencia lógica de este proceso, en tanto surge del descubrimiento de que “el sexo es, a un tiempo, acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie” y puede ser “utilizado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones” (Foucault, 2002, pág. 176). Esta

posición estratégica privilegiada del sexo es la razón por la cual ha sido tan estudiado, analizado, catalogado y normalizado desde el siglo XIX hasta nuestros días.

Generalmente se postula que la anticoncepción dio origen a una separación entre el sexo y la reproducción que posteriormente hizo pensables las técnicas de reproducción asistida, en las que alcanzó su punto más álgido. Pero el sexo para los humanos estuvo siempre escindido de la reproducción, es decir, tuvo, desde tiempos remotos, connotaciones que excedían lo meramente reproductivo; fue siempre ritualizado y resignificado de diversas maneras. El sexo siempre excedió lo reproductivo. La verdadera novedad no es que el sexo sea separado de la reproducción, sino que la reproducción sea separada del sexo, situación a la que nos enfrentan las técnicas de reproducción asistida.

Existen evidencias de que gran parte de los pueblos de la antigüedad tenían sus propias recetas para evitar que de una relación sexual resulte un embarazo. Egipcios, judíos, chinos, griegos y romanos practicaban la anticoncepción utilizando pociones mágicas, amuletos y ungüentos espermicidas. En el primer texto médico del que se tiene conocimiento, el *Papyrus Petri*, que data del 1850 a. C., encontramos un apartado con recetas anticonceptivas. En un texto posterior, el *Papyrus Ebers*, se hace mención al *coitus interruptus*. Otro de los métodos más usados en todos los tiempos, el condón, fue descrito por primera vez en el siglo XVI por Gabriello Falopio. Pero dada la alta ineficacia de gran parte de los remedios caseros, eran el aborto y el infanticidio los principales métodos a los que las mujeres podían apelar para controlar su descendencia. La anticoncepción requirió durante siglos de la negociación con el varón. Dos de los métodos más utilizados y difundidos entre diferentes culturas, en la antigüedad y en la actualidad, como el *coitus interruptus* y el condón, son de control privativamente masculino. Fue precisamente esa la revolución que provocó el desarrollo de la píldora anticonceptiva a fines de la década de 1950: la de permitir por primera vez que las mujeres pudieran acceder al control de su fertilidad de forma anticipada e independiente.

El desarrollo y perfeccionamiento que desde la década de 1960 experimentan los métodos anticonceptivos abonaron la idea de que un embarazo ya no es simplemente una consecuencia de una relación sexual, sino de una relación sexual “sin protección”. Es decir, que el no uso de un método anticonceptivo eficaz transfiere a la pareja la responsabilidad por esa concepción, no por haber sido planificada, sino por no haber sido evitada. Unas décadas

atrás podía pensarse en la abstinencia durante determinados días y el uso de métodos menos efectivos que los actuales, como el *coitus interruptus* o versiones más precarias de los preservativos de látex que conocemos actualmente, para evitar un embarazo. Pero la relativamente baja efectividad de esos métodos dejaba un porcentaje de posibilidades librados al azar; ese azar natural que los nuevos métodos anticonceptivos de alta eficacia anulan hasta en un 99%. Este dominio del azar propio de la reproducción natural aumenta la responsabilidad de los progenitores hacia su prole. Más aún, siendo los métodos anticonceptivos más populares y eficaces de control femenino, la mayor responsabilidad por un embarazo recae en la mujer. Esta responsabilidad de la mujer por el embarazo se hará ley en las excepciones de pena al aborto por violación.

La existencia de técnicas que permiten planificar los embarazos habilitan, a su vez, la construcción simbólica del niño potencial como hijo deseado. Esta lógica del hijo deseado-embarazo programado/ hijo no deseado-embarazo accidental es impensable sin la existencia de técnicas anticonceptivas. La distinción perdería sentido si pensáramos al embarazo, sin más, como consecuencia de una vida sexual activa. Esta lógica voluntarista que reduce el desear al querer, y el querer al cálculo racional, niega la posibilidad de que un embarazo accidental pueda dar lugar a un hijo querido, o que un embarazo programado pueda desencadenar un aborto inducido. Una mujer o una pareja pueden recibir con mucha felicidad un embarazo no programado. Y una mujer puede desear terminar un embarazo al descubrir que las razones que la habían impulsado a desearlo ya no son válidas. Estos son los casos que quiebran esa lógica del hijo deseado-embarazo programado/ hijo no deseado-embarazo accidental y del aborto como consecuencia de un embarazo no buscado.

Gracias a la anticoncepción, la iniciación sexual femenina ya no está más atada al matrimonio y la elección de una pareja sexual responde a exigencias menos estrictas que las que demandaría la elección de un potencial padre para futuros hijos. La posibilidad de embarazo no es generalmente tenida en cuenta en los encuentros sexuales. Pero este mismo movimiento que posibilitó que el sexo fuera separado de su finalidad reproductiva, permitió que pueda ser investido utilitariamente. La idea del hijo planificado puede convertirse en el sexo prescrito médicamente, en momentos pautados y determinados, que parecería negar que en el sexo pudieran volver a unificarse estas dos vertientes; que pudiera volver a ser, al mismo tiempo, fuente de placer y medio para la reproducción de la especie. Pero esta dualidad sexual

no nació con la píldora anticonceptiva. La anticoncepción segura y femenina permitió que las mujeres fueran partícipes de ella por primera vez. Antes de la revolución sexual de la década de 1960, las mujeres sólo accedían al placer del coito unido a la posibilidad reproductiva. La “doble norma” masculina, que conoció su esplendor en el iluminismo, daría lugar a que estas dos formas de vivir el sexo dividieran a las mujeres en dos grupos: las esposas, quienes representaban la moral sexual de la época y con quienes la actividad sexual debía restringirse a lo reproductivo; y las prostitutas, quienes, liberadas de las instituciones que aprisionaran su sexualidad, podían ofrecer un placer verdadero, separado a su vez de un riesgo reproductivo por el que los hombres no se verían obligados a responder. Claro que este deber ser, aunque igualmente disimulado, haya sido muy desigualmente acatado por las mujeres, que no siempre respondían tan dócilmente a las expectativas sociales.

Sin embargo, aunque difusa, la moral sexual que homologa el sexo y la reproducción sigue siendo poderosa en nuestras sociedades. Laura Klein evidencia su fuerza en las tres excepciones más comunes a la condena al aborto inducido: el terapéutico (el que se realiza cuando corre riesgo la vida de la madre), el eugenésico (el aborto realizado para evitar el nacimiento de un niño con serios problemas de salud) y por violación, dado que tienen en común el hecho de que ninguna atenta contra la unidad sexo-reproducción. “Las mujeres del aborto terapéutico quisieron ser madres: dijeron sí al sexo y a la reproducción, la instancia posterior del aborto no ataca esa unidad. En el caso eugenésico sucede lo mismo: aunque no haya riesgo de muerte, la opción del aborto responde a la amenaza de una criatura anormal y no a la negativa ante el hijo implicado en la reproducción. En el otro extremo, el acto de abortar realizado por las mujeres violadas no consiste tampoco en el rechazo del vínculo sexo-reproducción: si bien se niegan a tener un hijo, también se negaron al acto sexual donde se concibió” (Klein, 2005:175). La aceptación del aborto en estos casos refuerza la naturalización de la maternidad en tanto que determina la imposibilidad de que una mujer no quiera ser madre. Se las absuelve en estos casos particulares sólo porque no transgreden el orden social. Esta diferenciación entre la mujer violada, que al haber rechazado el coito se embarazó contra su voluntad, y la mujer que accedió al coito libremente, pero que también se embarazó contra su voluntad, evidencia la culpabilización de las mujeres “por separar el goce del sexo del deber de engendrar” (Klein, 2005:171).

La legitimización de la separación entre el placer sexual y la reproducción, que permitió a las mujeres reivindicar su derecho al placer, permitió que los homosexuales pudieran hacerse visibles y sus derechos al trato igualitario, reivindicados. Su sexualidad ya no podía ser repudiada por no ser reproductiva. La reconfiguración de las identidades sexuales es una constante epocal de finales del siglo XX, donde los hombres y las mujeres heterosexuales ya no pueden identificarse cómodamente con los lugares de fuerza/actividad y debilidad/pasividad que los describía antaño, y los homosexuales vienen a mostrar lo absurda que es tal diferencia.

3.

El sexo, para los humanos, estuvo siempre escindido de la reproducción, es decir, tuvo, desde tiempos remotos, connotaciones que excedían lo meramente reproductivo. La verdadera novedad no es que el sexo sea separado de la reproducción, sino que la reproducción sea separada del sexo, situación a la que nos enfrentan las técnicas de reproducción asistida. La reproducción de la especie ya no depende únicamente del encuentro sexual entre un hombre y una mujer. Ya no depende del deseo sexual.

Las tecnologías reproductivas no curan la esterilidad ni la infertilidad, pero permiten que personas que no pueden concebir naturalmente puedan tener un hijo genéticamente relacionado. Muchas parejas deciden someterse a tratamientos que suelen ser largos, dolorosos, angustiantes, riesgosos y excesivamente onerosos para cumplir su sueño de ser padres biológicos. Pero, ¿qué es lo que hace de una mujer una madre y de un hombre un padre? ¿Por qué parece ser tan importante que el hijo sea constituido por los genes propios?

Se suele agrupar a las técnicas de fertilización asistida dentro de esa novedosa rama de la ciencia médica que es la “medicina del deseo”. La medicina del deseo no cura ni previene enfermedades, sino que ayuda a que el cuerpo responda a ciertos pedidos que, sin intervención técnica, se niega a satisfacer: entrar en un talle XS, lucir más joven, vencer la propia resistencia física, tener un hijo. ¿No es la frustración por el hijo que no llega producto también de estas técnicas que prometen fabricarlo?

En occidente, la idea de familia es asociada directamente a la pareja, por definición heterosexual, junto a sus hijos biológicos. Los vínculos genéticos, de sangre, se cree deben

reforzar los vínculos sociales, pues los exceden: están inscriptos en el cuerpo. En nuestra sociedad, “las relaciones biológicas son el parentesco” (Tarducci, 2008: 19). Tradicionalmente, existen dos formas a través de las cuales se establecen los vínculos de parentesco: por sangre y por alianza. Mucho se peleó para que la segunda forma fuera tan eterna como la primera. Marcas en la vestimenta y en los adornos quisieron imprimir las alianzas en los cuerpos. El quebrantamiento de los votos matrimoniales ha sido fuertemente reprimido y sancionado, no sólo por la Iglesia y el Estado, sino también y principalmente, por la comunidad. La disolución de los lazos matrimoniales se presentaba como la disolución misma de la familia como institución. Otro tanto sucede hoy con las técnicas de reproducción asistida, especialmente en los casos de inseminación heteróloga, es decir, cuando uno o ambos gametos que constituirán al nuevo ser no provienen de sus futuros padres sociales. La separación entre sexo y procreación, y más aún, entre lo biológico y la filiación, pone en entredicho la pertinencia de la organización familiar, en tanto que se disocian sus funciones como institución contenedora del sexo y reguladora de la reproducción.

Las familias mixtas o con hijos adoptivos separaron lo biológico de lo social sin necesidad de recurrir a estas técnicas y evidenciaron la posibilidad de generar vínculos maternos y paternos con niños con los cuales no comparten ningún lazo biológico. “La adopción es un ejemplo de la autonomía que existe entre la acción biológica de la procreación -que compartimos con las demás especies animales- y la función de filiar, eminentemente humana” (Fariña y Gutierrez, 2004: 16). Filiar es construir simbólicamente un lugar donde el otro puede reconocerse como hijo y donde uno mismo puede reconocerse como padre/madre, es un proceso que tiene lugar también en la incorporación en la familia de los hijos biológicos. Sin embargo, Mónica Tarducci observa que el cuerpo de la madre adoptiva se construye simbólicamente desde la carencia. Se lo estigmatiza como el cuerpo que no concibe, no alberga, no pare, no amamanta (Tarducci, 2008: 24). Reducir la maternidad a estos lazos gestacionales propios de la maternidad biológica las niega como madres. Las niega en su función materna aunque cuiden, críen y eduquen efectivamente a sus hijos.

¿Es lo mismo ser padres que tener hijos? Tanto la maternidad como la paternidad sólo pueden ser pensadas a partir de la existencia de un hijo. Son roles relacionales, se crean en virtud de una relación que se establece con un otro. No se puede ser padre/madre sin un hijo; no se puede ser hijo sin un/a padre/madre. Hasta aquí, podemos pensar a la maternidad y

a la paternidad como las funciones sociales de cuidar, nutrir, educar a los hijos. Pero la estigmatización de los padres adoptivos, la necesidad de tener un hijo genéticamente propio o de vivir la experiencia del embarazo, son síntomas de que la maternidad y la paternidad no parecen agotarse en la función social de asumir la responsabilidad por las generaciones más jóvenes hasta su inserción autónoma en la sociedad. La experiencia del embarazo y la necesidad de que el hijo sea genéticamente propio parecen jugar un papel importante en ese *ser padres* que no se conforma con el sólo *tener hijos*.

Prácticas como la donación de embriones y la donación de óvulos permiten que, aunque la mujer no comparta ningún vínculo genético con el niño que gestará y, posteriormente, criará, si comparta el vínculo biológico que permite que el embrión se desarrolle dentro de y gracias a su cuerpo. También es posible la situación opuesta: que una mujer recurra a otra mujer que le “alquile su vientre” para gestar al embrión creado a partir de la fertilización de su propio óvulo. ¿Qué es lo que convertirá a estas mujeres en madres? ¿La relación biológica establecida en la gestación? ¿La relación genética establecida por el aporte del óvulo? ¿La función social que cumplirán al filiar a ese niño que vendrá al mundo? ¿O asistimos a una inédita multiplicación de las madres posibles: la biológica, la genética y la social? ¿Es posible negar la “maternidad” a alguna de estas mujeres? Giberti sospecha que las personas que recurren a la técnica para reproducirse, al dejar pendiente lo real del encuentro sexual entre un hombre y una mujer en el origen de ese nuevo ser, deben ficcionar su maternidad o paternidad “desde lo real genético que les aportará la fusión de las gametas” (Giberti, 2001, pág. 82). Puede que entonces, lo real de la experiencia de dar a luz un hijo, aunque este esté vinculado genéticamente a otra mujer, o lo real implicado en los genes maternos que informaron al niño, aunque este haya sido albergado por otro vientre, faciliten la tarea de ficcionar al niño como propio, de filiarlo como propio. Pero no sólo el vientre y los óvulos pueden ser reemplazados en esta gesta. Una de las prácticas más habituales y menos complejas a las que se recurre en casos de infertilidad masculina es la del donante de esperma. El futuro padre social de la criatura debe aquí ficcionarlo todo. Pues la experiencia del embarazo y del alumbramiento, que no ocurren en su cuerpo, no pueden encubrir a ese niño formado con los genes de otro hombre que se adscribirán a los de su pareja.

La concepción biologicista de las relaciones de parentesco reinante en nuestra sociedad permite la proliferación de estas técnicas que, paradójicamente, separan al sexo de la reproducción y permiten, a su vez, reforzar el rol preponderante de lo genético en la filiación. Permiten una separación entre sexo y reproducción que abre la posibilidad de pensar formas de familia y de socialización distintas a la monogámica heterosexual, a la vez que clausuran estas posibilidades en tanto la aplicación de estas técnicas refuerza simbólicamente la relación entre la biología y el parentesco. Las nuevas técnicas reproductivas permiten la construcción simbólica del hijo como propio, incluso allí donde no existe vínculo genético con los padres.

El psicólogo Juan Jorge Michel Fariña observa con desconfianza la tendencia de que los bancos de semen adjunten las características físicas del donante, lo que permite a las parejas elegir al donante cuyos rasgos fenotípicos de asemejen más a los del padre social del niño. Fariña observa que esta elección, en muchos casos, “anticipa la decisión de ocultar sus orígenes al niño por nacer” (Fariña y Gutierrez, 2004, pág. 174). Ese padre necesita ficcionar que ese hijo es genéticamente propio para filiarlo; y en la mentira, hace del hijo un partícipe forzoso de esa ficción. Pero en el ocultamiento del origen de los hijos adoptados y de los niños de probeta, no sólo se esconde la “irregularidad” de la filiación o concepción de ese niño, sino la propia incapacidad para concebir de la pareja que recurre a estos métodos. Lo que se esconde detrás de este entramado es la infertilidad como irregularidad en nuestra sociedad. El significante “infertilidad” forma parte de una cadena significativa que enlaza a la incapacidad de concebir con una sexualidad incompleta, disminuida, con una imposibilidad de cumplir las expectativas propias del género al que se pertenece. Los hijos son, para el hombre, frente a la sociedad, la prueba irrefutable de su virilidad y heterosexualidad. La infertilidad es entonces asociada con la impotencia, con un sexo deficitario o nulo. El señalamiento médico del espermatozoide como “débil” o “inmaduro” para fecundar no hace más que reforzar esta concepción. El semen funciona aquí como una sinécdoque del sexo. Para la mujer, la maternidad ha significado durante demasiado tiempo la realización misma de la femineidad, su función en la sociedad que no puede ser escindida del rol de “buena esposa”. La buena esposa es la que da hijos a su hombre, la esterilidad amenazaría el cumplimiento de su rol *natural* de madre.

La infertilidad se convierte entonces en la enfermedad de la pareja que, manteniendo relaciones sexuales frecuentemente a lo largo de un año, sin recurrir al uso de anticonceptivo

alguno, no ha logrado un embarazo viable. Se estima que en un 10% de los casos, no es posible detectar la causa de la infertilidad en los análisis fisiológicos realizados sobre la pareja. Se dice que estos son casos de *infertilidad sin causa aparente*. Es decir, que la infertilidad no fue médicamente comprobada. “La infertilidad deviene entonces enfermedad por medio de un discurso cuya justificación se ajusta más a los mandatos sociales que a la determinación específica de su carácter patológico” (Garay en Tarducci, 2008:35-36).

Construir discursivamente a toda forma de infertilidad como una *enfermedad* permite ubicarla enteramente en manos de la medicina. La procreación en todas sus facetas se medicaliza. Y es allí donde los límites entre el cuidado de la salud materna y el control de las capacidades reproductivas, entre el deseo de hijos y su mercantilización, comienzan a oscurecerse. Desde una perspectiva psicoanalítica, Marie- Madeleine Chatel señala que las técnicas, impidiendo embarazos por un lado y produciéndolos por otro, permiten al sujeto no preguntarse por lo que realmente quiere. “Las técnicas médicas están en condiciones de resolver en lugar de los mismos sujetos la tan difícil cuestión del deseo sexual en su articulación con el anhelo de un hijo; allí está la trampa” (Chatel, 1993:56). Ubicar a la reproducción enteramente en manos de la medicina hace que ignoremos los condicionamientos psíquicos que se ponen en juego en la reproducción, reduce la lógica reproductiva a la mecánica de los cuerpos cerrados en su existencia fisiobiológica.

A su vez, construir discursivamente a toda forma de infertilidad como una *enfermedad de la pareja* permite, por un lado, que estas técnicas se apliquen al cuerpo femenino, incluso en los casos en los que la mujer es fértil, sin que se interponga un cuestionamiento ético a la práctica y, por otro, excluye a las parejas homosexuales y a las personas solteras, dado que la infertilidad no puede ser para ellas una enfermedad sino una consecuencia lógica de sus elecciones de vida. Pero siguiendo este razonamiento, ¿no podríamos plantear entonces que la mujer fértil que no puede concebir por los problemas de infertilidad de su pareja, no puede quedar embarazada justamente por sus elecciones de vida? ¿No es equiparable el caso de esta mujer con el de una mujer lesbiana, en tanto que ninguna de las dos puede quedar embarazada de su pareja? ¿y la mujer que no tiene una pareja de quien quedar embarazada? Que la intervención médica del cuerpo de una mujer fértil sea permitida en el caso de la mujer heterosexual que tiene una relación estable y negada en los casos de las mujeres lesbianas y las mujeres solteras evidencia la existencia de prejuicios

acerca de qué formas de familia son correctas y cuales no, además de una valoración de las elecciones sexuales puesta en correlación con la capacidad de ser buenos o malos padres.

Siendo el cuerpo de la mujer el lugar privilegiado de tratamiento técnico, esta concepción de la pareja como unidad biológica se debilita. La gestación sólo puede tener lugar en el cuerpo de la mujer, por lo cual, cualquiera sea la técnica que se utilice, esta deberá ser ineludiblemente aplicada en su cuerpo. La participación del hombre se limita necesariamente al aporte del semen, obtenido generalmente por masturbación. Esta será la única incursión del placer sexual en todo el proceso: la del hombre solo, aislado de su pareja, y sumergido en su imaginación o en la pornografía que el Centro Reproductivo ha provisto para tal fin.

La anticoncepción se dirige a la mujer, pero de las técnicas para procrear se dice que atienden a la pareja. ¿No se están marcando sujetos de responsabilidad -¿de culpa?- en lugar de a usuarios o a pacientes? Los anticonceptivos se dirigen a la mujer en calidad de responsable de lo que sucede en su cuerpo; la procreación asistida se dirige a la pareja en tanto responsable por el hijo futuro. Pero el “estamos embarazados” sólo se aplica a los casos en los que la mujer decide llevar su embarazo a término. El “abortamos” no existe. Allí, la experiencia del embarazo es intransferible.

Ante la imposible pretensión de que el hombre involucre más su cuerpo en estas técnicas, se hace falaz la crítica sobre la observación de que hacen recaer todo el peso del tratamiento sobre la mujer. Pero si es posible señalar una supererogación del cuerpo femenino cuando ciertas pautas de eficiencia y supuestos derechos del embrión se ponderan por sobre el bienestar de la mujer. Dos maneras de maximizar los resultados consiguiendo un embarazo en menos ciclos de tratamiento son: a) recurrir a la hiperestimulación ovárica² en aquellos casos en los que la ovulación normal de la mujer evidencia que el tratamiento hormonal es indicado solamente para aumentar las posibilidades de obtener resultados positivos, y b) la implantación de más de uno o dos embriones en el útero, a pesar de los riesgos que acarrea, tanto para la mujer como para los embriones, el desarrollo de un embarazo múltiple.

En 1978, el único óvulo madurado en el ciclo fue suficiente para dar vida a Louise Brown, la primera niña nacida por Fecundación *in vitro*. Pero pronto los médicos advirtieron que al obtener más óvulos para su fecundación, mayores serían las chances de que alguno de

ellos se implantara con éxito en la pared uterina. Fue así como el método de Hiperestimulación Ovárica Controlada (HOC) se comenzó a aplicar a mujeres sin disfunciones ováricas, además de a las mujeres que padecen de amenorrea o anovulación. La HOC consiste en un tratamiento hormonal que combina una serie de medicamentos orales e inyecciones intramusculares y subcutáneas.

La HOC, combinada con la negligencia médica, ha dado lugar a una alarmante cantidad de embarazos múltiples. Estas hazañas médicas, estos milagros ampliamente celebrados por la prensa mundial, comprometen seriamente la vida de la mujer gestante y de los embriones. Los embarazos múltiples conllevan el riesgo de hacer nacer a niños severamente prematuros, que en no pocos casos cuentan con escasas posibilidades de sobrevivir después del parto. La transferencia múltiple de embriones, que matemáticamente aumenta las probabilidades de “éxito” del tratamiento (aunque es discutible que un embarazo de alto riesgo pueda ser celebrado como un éxito de estas técnicas), expone a la mujer al aumento de los riesgos de sufrir abortos espontáneos, anemia, hipertensión arterial, hemorragias y rupturas prematuras de bolsa, entre otros. En el caso de la inseminación artificial, al producirse la fertilización dentro del cuerpo materno, la posibilidad de que tenga lugar un embarazo múltiple depende de la cantidad de óvulos madurados en el ciclo, que sólo pueden controlarse por monitoreo, por lo cual los riesgos de que se implanten más de tres embriones son más altos. Una opción presentada para evitar el desarrollo de embarazos múltiples (sin dejar de madurar múltiples óvulos y/o transferir múltiples embriones) es la llamada “reducción embrionaria”. La pareja se enfrenta así al dilema de destruir algunos de los embriones implantados para salvar a los otros. Se presenta la necesidad de elegir entre la perspectiva de afrontar un embarazo de riesgo que pone en juego la vida de todos los embriones implantados (y de la propia madre) o aumentar las expectativas de vida de uno o dos de ellos, abortando a los restantes.

Los derechos morales del embrión como entidad separada de la madre pudieron ser pensados a partir del desarrollo de la técnica de Fecundación *in vitro*, que, como su nombre lo indica, permite que la fecundación del óvulo y la etapa de división del cigoto se produzcan *in vitro*, fuera del cuerpo femenino; a partir de la posibilidad de recurrir a un aborto, aunque contravenga la ley, en tanto evidencia la posibilidad de pensar a la gestante y al gestando sosteniendo intereses opuestos (en tanto se adjudica al gestando un interés por la conservación

de su vida); y a la implementación de modernos mecanismos médicos que permiten el monitoreo fetal accediendo directamente a su cuerpo, abonando la ilusión de que el feto tiene una realidad independiente del cuerpo materno. Pero en la práctica, nos enfrentamos a una situación en la que “los embriones ‘no son hijos’ puesto que se los puede congelar y donar, pero ‘sí son hijos’ en el caso de que una mujer tenga la intención de abortar” (Gisela Farías en Sommer, 1996, pág. 123). Nos encontramos con una doble moral que condena, no la destrucción del embrión, sino la negación de esa mujer a ser madre. Y esa es precisamente la diferencia que existe entre la “reducción embrionaria” y el aborto; en la necesidad de apelar al eufemismo “reducción” para evitar hablar de muerte. No se elimina a los hijos, se reduce su cantidad. Tampoco se disocia el sexo de la reproducción, en tanto el sexo estuvo ausente en la concepción. Si la “reducción embrionaria” consiste precisamente en la interrupción de la gestación de uno a más embriones, ¿por qué no se los llama abortos? Porque esa mujer quiere ser madre.

Pero a su vez, esta separación simbólica entre el cuerpo de la mujer embarazada y del embrión, que está en la base del argumento del derecho a la soberanía sobre el propio cuerpo promovido en la defensa del derecho al aborto, ha servido también como justificación de la maternidad subrogada. “Lo mismo que legitima a una mujer para apropiarse de su poder de gestar permite, paradójicamente, su retorno voluntario a su función de incubadora” (Klein, 2005: 64). La propiedad de su cuerpo, que habilitaría a la mujer a hacerse dueña de su propia fertilidad, hoy justifica que haga de ese cuerpo una maquinaria y del fruto de su cuerpo, una mercancía. Un cuerpo-máquina capaz de producir una plusvalía que no puede ser medida en horas de trabajo. Pero que, sin embargo, lo es.

El alquiler de vientres³ no sólo se puede utilizar para permitirle ser madres genéticas a las mujeres que no pueden gestar y padres biológicos a los hombres cuyas parejas son infértiles, sino que también abre la posibilidad de ejercer la paternidad a hombres solteros y a parejas homosexuales. Y este es precisamente uno de los argumentos que se utilizan para criticar la práctica. Los esfuerzos por restringir la noción de familia a la organización monogámica patriarcal de crianza de hijos biológicos niegan la posibilidad de pensar formas de familia distintas. Otro tanto sucede con la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, que generalmente privilegian o se restringen a la atención de parejas heterosexuales.

Pero los homosexuales también reclaman el derecho a adoptar niños y a utilizar los métodos de reproducción asistida para formar familias del tipo del que las parejas heterosexuales han establecido como modelo⁴. El sexo entre homosexuales está siendo progresivamente aceptado en nuestras sociedades a condición de que se adapte a la norma monogámica. En una época de reivindicación de la sexualidad no reproductiva, la reproducción no sexuada busca legitimarse como su contrapartida.

4.

El ejercicio de la maternidad, habitualmente resuelto dentro del ámbito privado, es trasladado a la esfera pública gracias a la técnica: moralistas, médicos y funcionarios públicos estarán habilitados para condenar o avalar las prácticas que las técnicas permiten y a evaluar las formas de vida y las aptitudes para ser madre o no de las mujeres que pretenden hacer uso de ellas. Aunque el comportamiento reproductivo de las poblaciones es tema debatible aún cuando es resuelto exclusivamente dentro de las alcobas. La capacidad gestante del cuerpo femenino se estudia, se analiza, se controla, se manipula, se fuerza, se expropia, se compra y se vende; ¿cómo no ver allí un poder constantemente disputado?

La creciente sofisticación de las técnicas, y la especialización de los saberes a ellas aparejadas, hace posible el ejercicio de políticas efectivas sobre las pautas reproductivas de una población: prohibición o restricción de la anticoncepción médica, criminalización del aborto, exclusión de las parejas homosexuales y de las personas solteras de las técnicas de reproducción asistida. Podría decirse que, si antes la disputa de poder por la toma de decisiones con respecto a la concepción era principalmente entre el hombre y la mujer, en la actualidad, es entre las mujeres y los médicos, y de manera extensiva, entre las mujeres o las familias y el Estado.

Las técnicas de reproducción asistida construyen la noción de maternidad a partir de la enfatización de los vínculos genéticos y de las experiencias del embarazo y del parto, es decir, a partir de la reproducción “artificial” de los componentes naturales, animales, de la experiencia materna. Y de esa manera minimizan, o hacen perder de vista, la importancia de la maternidad como función simbólica, social, que es la que nos permite llamar madres a las

mujeres adoptantes y “portadoras” a las mujeres que prestan su vientre a la gestación de un hijo ajeno. El mito del instinto maternal sobrevalora estas experiencias orgánicas otorgándoles el valor de ser origen de un amor innato por el hijo, de la creación de un vínculo natural, que muchas veces se teme no desarrollar en los casos de adopción de niños genéticamente extraños. ¿No existe una búsqueda de apropiación también de la pareja en la insistencia de que el hijo esté también conformado con sus genes, fundada en el miedo de que el amor que desarrolle por un hijo propio, pero genéticamente extraño para él, no sea igual de intenso que el que sienta por un hijo genéticamente propio? A su vez, las reminiscencias de este mito del instinto maternal, difuso pero persistente, permiten naturalizar los sacrificios y el sufrimiento de las mujeres que se someten a un tratamiento de fertilidad, frente a la imposibilidad biológica de que haya un involucramiento mayor del cuerpo masculino.

¿Pero cómo desestimar la importancia de lo genético en la construcción del “hijo propio” en una sociedad en la que la ciencia identifica crecientemente al hombre con su carga genética? ¿Donde nuestros comportamientos, nuestras inclinaciones, nuestra personalidad y nuestra unicidad pretenden ser reducidas a variables cromosómicas? La reducción del hombre a su programa genético no es más que la búsqueda de la trascendencia de esa existencia corporal que nos ata a la animalidad, al deterioro y a la muerte. La información trasciende la corrupción propia de la existencia física. La información no envejece, no caduca, no muere.

El significante “hijo propio” se muestra entonces sumamente fluctuante. Dependiendo del contexto, puede significar hijo biológico, genético, social o cualquiera de las combinaciones posibles entre los tres términos. Es cómo se construye esta noción en el imaginario social de una cultura lo que determinará cuán legítimamente propio es ese hijo y no las demostraciones científicas que sea posible realizar (¿cómo negarle a la mujer que gesta un hijo concebido con un óvulo donado que ese hijo que va a parir es “suyo”?). La noción de “hijo propio” termina siendo construida por la misma técnica que lo concibe. Aunque la “apropiación” de un hijo sólo pueda darse en singular, sólo pueda ser en la relación construida entre padres e hijos, al margen de las técnicas (aunque sin desestimar la influencia que estas técnicas puedan tener en ese reconocimiento de sí mismos como padres y del otro como hijo). Similar es lo que sucede con el status moral del embrión en los discursos sobre el aborto. Es una construcción dialógica. Los significantes “status moral” y “vida humana” son en este contexto flotantes, son construcciones simbólicas que no admiten un correlato real

indiscutible. Son indemostrables, y por tanto, irrefutables. No admiten una demostración científica concluyente. Puede haber tantas demostraciones científicas de existencia de “comienzo de la vida humana” (desde la concepción, desde la anidación, desde la formación del sistema nervioso, desde el nacimiento...) como concepciones del “comienzo de la vida humana” sea capaz de pensar nuestra cultura.

Los avances en las ciencias aplicadas sobre lo vivo se producen tan velozmente y provocan repercusiones tan profundas en nuestras concepciones de lo humano, que obligan a la reflexión sobre conceptos que tienen o han tenido un gran poder para construir nuestras identidades: la familia, el género, la sangre, la sexualidad, los genes. Estos cruces entre la reproducción y la técnica, generalmente presentados como benéficos para sus usuarios, se insertan indefectiblemente en un entramado discursivo que hace pensables ciertos usos, a la vez que reprime otros. Las técnicas aplicadas a la reproducción permiten pensar nuevas formas de familia y de relaciones entre padres e hijos, crean nuevos espacios de decisión que a su vez son reprimidos, condicionados y/o resistidos en este contexto en el que el deseo puede ponerse en combinación con la técnica y el mercado para producir nuevos seres humanos.

Notas

1. El presente artículo es un resumen y reelaboración de mi tesina de grado *Mujer y Maternidad. Los problemas de la vida en la época de su reproducción técnica*, dirigida por Christian Ferrer y defendida en septiembre de 2010, para optar por la licenciatura en Ciencias de la Comunicación Social en la Universidad de Buenos Aires.
2. La hiperestimulación ovárica controlada consiste en un tratamiento hormonal que combina una serie de medicamentos orales e inyecciones intramusculares y subcutáneas, que permite que el útero de una mujer madure hasta alrededor de diez folículos por ciclo, en lugar de sólo uno.
3. En Argentina, si bien no existe legislación específica sobre el tema, se toman como referencia los artículos 15° y 27° Inc. F de la Ley 24.193/93 para determinar la prohibición del lucro relacionado a la gestación de un niño. Sin embargo, la ley estipula que la dación de órganos o tejidos está permitida sólo entre familiares, por lo que por analogía se podría considerar la posibilidad de una cesión altruista del fruto de la capacidad gestante dentro de la familia.
4. La ley de Matrimonio Igualitario (Ley 26.618/10) contempla la posibilidad de que las parejas homosexuales casadas accedan a una adopción, pero no se expide sobre el uso de técnicas de reproducción asistida, por lo que hasta la sanción de una ley nacional que

regule las prácticas existe un vacío jurídico que habilitaría a las clínicas de reproducción a tomar las decisiones referentes a la aplicación de estas técnicas en cada caso particular.

Bibliografía citada

- Chatel, M. M. (1993): *El malestar en la procreación*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Fariña, J. y C. Gutierrez (2004): *La encrucijada de la filiación. Tecnologías reproductivas y restitución de niños*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Foucault, M. Historia de la sexualidad Vol. 1. La voluntad de saber. Siglo XXI editores. Buenos Aires, 2002.
- Giberti, E. (2001): *Los hijos de la fertilización asistida*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Klein, L. (2005): *Fornicar y matar. El problema del aborto*. Buenos Aires: Planeta.
- Sommer, S. (1996): *Procreación: nuevas tecnologías*. Buenos Aires: Atuel.
- Tarducci, M. (2008): *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.