

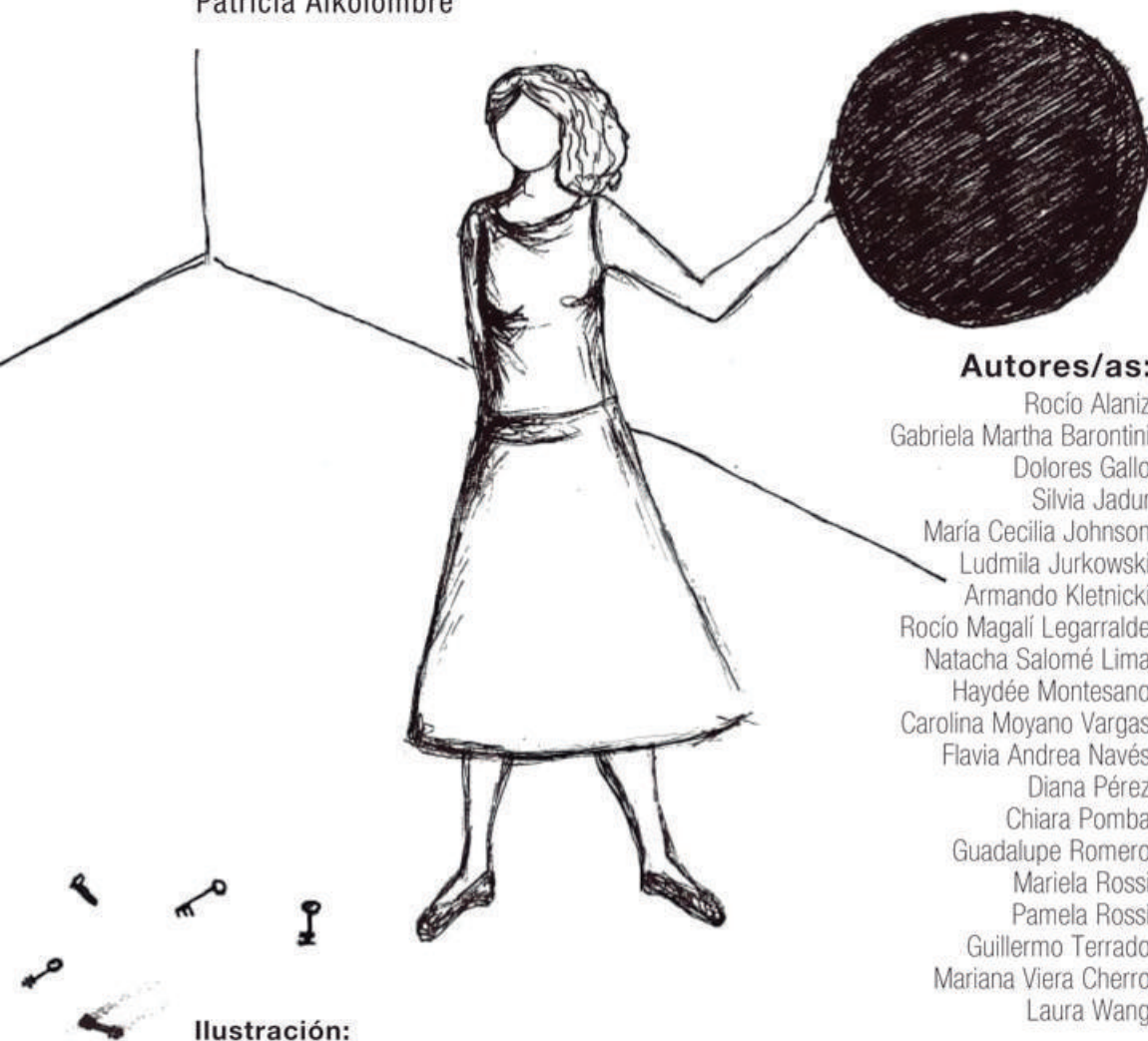
DESAFÍOS ACTUALES EN LA CLÍNICA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Compiladoras:

Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi

Prólogo:

Patricia Alkolombre



Autores/as:

Rocío Alaniz
Gabriela Martha Barontini
Dolores Gallo
Silvia Jadur
María Cecilia Johnson
Ludmila Jurkowski
Armando Kletnicki
Rocío Magalí Legarralde
Natacha Salomé Lima
Haydée Montesano
Carolina Moyano Vargas
Flavia Andrea Navés
Diana Pérez
Chiara Pomba
Guadalupe Romero
Mariela Rossi
Pamela Rossi
Guillermo Terrado
Mariana Viera Cherro
Laura Wang

Ilustración:

Julia Vallejo Puszkín

Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida

Universidad Nacional de San Luis

Rector: CPN Víctor A. Moriñigo

Vicerrector: Mg. Héctor Flores

Subsecretaría General de la UNSL

Lic. Jaquelina Nanclares

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950

Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5197 / 5110

www.neu.unsl.edu.ar

E mail: neu@unsl.edu.ar

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



neu
nueva editorial universitaria



Universidad
Nacional de
San Luis

UNIDAD DE ECOBIOETICA

incluida en la Red Iberoamericana de Ecobioética que pertenece
a la Red Internacional de Cátedras de la UNESCO en Bioética (Haifa)

COMPILADORAS

Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi

Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida

AUTORES

Rocío B. Alaniz - Gabriela Martha Barontini

Dolores Gallo - Silvia Jadur

María Cecilia Johnson - Ludmila Jurkowski

Armando B. Kletnicki - Rocío Magalí Legarralde

Natacha Salomé Lima - Haydée S. Montesano

Carolina Moyano Vargas - Flavia Andrea Navés

Diana Pérez - Chiara Pomba

Guadalupe Romero - Mariela Rossi

Pamela Rossi - Guillermo Terrado

Mariana Viera Cherro - Laura Wang

Desafíos actuales de la clínica de la reproducción humana asistida/
Natacha Salomé Lima ... [et al.]; compilado por Natacha Salomé
Lima; Mariela Fernanda Rossi - 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial
Universitaria - U.N.S.L., 2020. Libro digital, iBook

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-733-224-7

1. Psicología. I. Salomé Lima, Natacha II. Salomé Lima, Natacha,
comp. III. Rossi, Mariela Fernanda, comp.
CDD 150

Nueva Editorial Universitaria

Coordinadora:

Lic. Jaquelina Nanclares

Director Administrativo

Sr. Omar Quinteros

Administración

Esp. Daniel Becerra
Roberto Quiroga

Dpto de Imprenta:

Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:

Tec. Enrique Silvage

Diseño y Diagramación de tapa e interiores:

Julia Vallejo Puszkin y Alejandra Taborda

1^{ra} Edición: Mayo de 2020

ISBN 978-987-733-224-7

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2020 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis

Índice

Prólogo. Patricia Alkolombre

Capítulo 1. *Lo actual en la clínica de la reproducción asistida.* Natacha Salomé Lima 13

TEORÍA (parte I)

Capítulo 2. *La familia en cuestión. Tecnologías reproductivas, filiación y vigencia de la prohibición del incesto.* Armando Kletnicki y Mariela Rossi 25

Capítulo 3. *Género y familia(S) a la luz de las TRHA.* Flavia Navés, Rocío Alaniz y Pamela Rossi 47

Capítulo 4. *Maternidades lésbicas y semen donado: simbolizaciones en pugna.* Guadalupe Romero 65

Capítulo 5. *La gestación subrogada: una lectura del “uso del cuerpo” de Agamben.* Haydeé Montesano 79

Capítulo 6. *Diversidad procreativa: la gestación por sustitución.* Silvia Jadur 91

PRÁCTICA (parte II)

Capítulo 7. *Pensando el proceso de evaluación psicológica en casos de gestación por sustitución.* Mariela Rossi y Ludmila Jurkowski 105

Capítulo 8. *Evaluación y asesoramiento psicológico en casos de donación intrafamiliar de gametos.* Flavia Navés, Ludmila Jurkowski, Dolores Gallo y Mariela Rossi 117

Capítulo 9. *Guía de buenas prácticas para la evaluación y asesoramiento de donantes de ovocitos.* Flavia Navés, Laura Wang, Ludmila Jurdowski, Gabriela Barintoni, Diana Perez y Mariela Rossi 131

INTERDISCIPLINA (parte III)

Capítulo 10. *“¿Por qué acá nadie lo cuenta?” Estrategias para comunicar y socializar la experiencia con las TRHA.* María Cecilia Johnson 155

Capítulo 11. *El anonimato de la provisión de gametos en Uruguay: un consenso implícito que se evidencia y reafirma en la performance clínica.* Mariana Viera Cherro 179

Capítulo 12. *Preservación de la fertilidad: motivos médicos y sociales.* Dolores Gallo 199

Capítulo 13. *Oncofertilidad.* Guillermo Terrado 213

Capítulo 14. *Incidencia de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida en el Funcionamiento Sexual femenino.* Chiara Pomba 223

Capítulo 15. *Dictamen n.º 66 del 9 de mayo de 2016 sobre los desafíos éticos generados por la prueba prenatal no invasiva (NIPT) para las trisomías 21, 13 y 18.* Traducción de Rocío Magalí Legarralde y Natacha Salomé Lima 251

Capítulo 16. *Evolución del régimen legal y regulatorio de la reproducción médicamente asistida en Argentina.* Carolina Moyano Vargas 287

Sobre los autores y las autoras 327

Prólogo

Patricia Alkolombre

Siempre la presentación de un libro es un motivo de celebración, y en este caso sobre un tema de mucho interés: *los desafíos actuales de la reproducción asistida*. La compilación está orientada a los profesionales de la salud mental, en torno a una clínica particular que tiene su especificidad y alcances, como lo es el trabajo de psicoanalistas y psicólogos en el campo de la reproducción asistida.

Reúne en sus capítulos textos que analizan aspectos teóricos como también otros que abordan la clínica, algunos a través de recursos sistematizados. Asimismo, están presentes aportes de otras disciplinas como la Sociología, la Antropología y la Medicina, lo que le otorga un carácter interdisciplinario que, sabemos, forma parte de las prácticas en reproducción asistida, dada la multidimensionalidad que conllevan.

Como señalaba, esta obra es una compilación que contiene temas de suma importancia y de una enorme actualidad para pensar los distintos accesos a la parentalidad y su incidencia en la subjetividad. Accesos que recorren y analizan las distintas alternativas médico-tecnológicas en reproducción asistida y los posibles escenarios psíquicos individuales y vinculares en aquellos que están en la búsqueda de un hijo dentro las parentalidades contemporáneas. Estas últimas están constituidas por las familias tradicionales heterosexuales junto con las familias homoparentales y las monoparentales, como también aquellas que se encuentran dentro de la diversidad sexual (bisexuales, transexuales y travestis). De este modo,

estamos en la actualidad frente a distintos escenarios dentro del campo del deseo de hij@ en la constitución de las familias y en los accesos a la parentalidad.

El libro está conformado por tres partes con contenidos que nos invitan a pensar en los debates actuales sobre el tema en distintos ejes. La primera parte contiene aportes de psicoanalistas y psicólogos con reflexiones y debates teóricos sobre la familia, la filiación y la vigencia de la prohibición del incesto, que apuntan a pensar en los nuevos orígenes de los hij@s a partir del empleo de técnicas reproductivas en los casos de donación de gametos o embriones y en la gestación subrogada.

Al mismo tiempo, están presentes las nuevas configuraciones familiares, que se encuentran lejos de la familia tradicional sobre la cual se estableció el marco teórico del psicoanálisis hace más de cien años. Son todos temas que nos llevan a pensar y a debatir sobre las nuevas formas de parentalidad presentes en este siglo XXI, tanto desde la agenda clínica como desde las teorías que requieren una revisión. En este sentido, se plantean modelos teóricos que van más allá de los códigos hegemónicos heredados y del binarismo freudiano, lo que amplía el debate a partir de los interrogantes actuales.

Otro de los temas que encontramos son el género y las familias a la luz de las técnicas de reproducción asistida, en donde se toman en cuenta los ideales de género que impregnan el imaginario social y tienen un efecto performativo en la subjetividad. Analizan aquello que permanece y lo que cambia en la actualidad y destacan la importancia de los vínculos amorosos, ya que favorecen el apego seguro en el crecimiento de los hijos.

Está presente también el cuerpo como un lugar central, en tanto la noción de “uso del cuerpo” de Agamben permite reflexionar sobre la gestación subrogada. Desde una posición psicoanalítica que se apoya en la noción del discurso, plantea un debate en torno a la posición hegemónica naturalista y aquella que toma en cuenta el campo de lo simbólico en las parentalidades.

Otro de los temas que se debate es la diversidad procreativa y la gestación por sustitución, llamada también sustitutiva o solidaria y la complejidad que conlleva la presencia de la persona “gestante” y aquellas que lo solicitan, llamadas “comitentes o requirentes”, que hacen uso de la figura de la “voluntad procreacional” para establecer legalmente el parentesco. Son debates actuales que requieren seguir pensando sobre la filiación de los niños y que conlleva la necesidad de profundizar en los distintos proyectos parentales presentes en las configuraciones familiares actuales.

Dentro de la temática de la gestación por sustitución, encontramos también los trabajos realizados en el mundo y en la Argentina en materia de bagaje teórico, y sobre el abordaje de casos de gestación por sustitución. Presentan una actualización sobre el tema a partir de distintas investigaciones y desarrollos interdisciplinarios, y señalan que si bien la gestación por sustitución no es algo nuevo, no está regulado desde todas las disciplinas. Analizan también el paradigma tradicional que asocia lo femenino con la naturaleza.

En la segunda parte, encontramos trabajos que dan cuenta de una sistematización en el abordaje de los pacientes

que consultan dentro del campo de la reproducción asistida. Por ejemplo, sobre el modo en que comunican el tema los pacientes, las estrategias para hablar de algo desconocido, el rol de los medios de comunicación en este campo y las formas en las que se viven y se expresan a nivel individual, tomando en cuenta los estigmas sociales.

La problemática del anonimato en la donación de gametos es otro de los temas que se trata. Plantea al anonimato como un principio no cuestionado a partir de aspectos puntuales de la discusión legislativa, las narrativas de las personas que donan y de lo que denominan *performance* clínica. Esto se analizará a partir del caso de Uruguay, donde el principio de anonimato reviste de mucha importancia.

Conjuntamente con la problemática de los donantes, otro de los capítulos aborda las maternidades lésbicas y los distintos modos en que el donante es simbolizado. En particular, en el modo en el que estas parejas significan al donante de semen, el lugar de la genética y sus fantasmas, o bien la cosificación del donante, entre otras posibilidades: en cada pareja adquiere una dimensión y un lugar diferente, según como sea significado.

Se analiza, en otro de los capítulos, la donación intrafamiliar, su evaluación y asesoramiento. Allí se señala que es una práctica controversial y poco habitual y que requiere de un análisis de sus implicancias. Se presentan guías de asesoramiento en los casos de donación de gametos, embriones y gestación por sustitución; asesoramiento que siempre toma en cuenta la singularidad del paciente.

A su vez, otro capítulo aborda la evaluación y el asesoramiento de donantes de ovocitos, donde se toman en cuenta las motivaciones —algunas veces económicas y otras, altruistas—. Plantean una sistematización de las consultas, con criterios de inclusión y exclusión por motivos psicológicos, con instrumentos de evaluación que incluyen entrevistas psicológicas, técnicas psicométricas y proyectivas.

En la tercera y última parte del libro, la interdisciplina se presenta a través del análisis de la preservación de la fertilidad, enfatizando la oncofertilidad y la incidencia de las técnicas de reproducción asistida en la sexualidad femenina.

Es un libro que, a lo largo de sus páginas, despliega diversos ejes temáticos que hacen a la clínica con pacientes del campo de la reproducción asistida, junto con desarrollos teóricos e investigaciones. Todos son temas que van modificándose a lo largo de los años con los avances técnicos y lo que podemos ir conociendo a medida que la clínica y el cuerpo teórico se van ampliando.

Atrás quedaron los primeros desarrollos de los años 80', en los cuales los prejuicios y la falta de perspectiva llevaban a debates más binarios, como el estar a favor o en contra del empleo de las técnicas reproductivas. Recordamos que, en los comienzos, los destinatarios de los tratamientos eran parejas heterosexuales con dificultades reproductivas. Con los años, los usos se fueron ampliando debido, en parte, a los avances técnicos; pero también a partir de las transformaciones que se produjeron dentro del cuerpo social con el cambio de paradigma en la constitución de las familias.

Roudinesco (2005), en su libro *La familia en desorden*, apoyada en investigaciones sociológicas, escribe sobre la

familia: “Los hombres, las mujeres y los niños de todas las edades, todas las orientaciones sexuales y todas las condiciones la aman, la sueñan y la desean”.¹

Son transformaciones que están en la intersección del campo deseante de hombres y mujeres, y que provienen también del campo social. Pone sobre el tapete el concepto de “deseo de hijo” como eje central del psicoanálisis; deseo que también podemos llamar el deseo de hij@, para no ceñirlo dentro del lenguaje a la referencia masculina: el @ es inclusivo en esta dirección. Un deseo que siempre es singular.

Para finalizar, podemos decir que las parentalidades — en plural— constituyen, hoy en día, un territorio heterogéneo en el cual los ideales culturales están en plena transformación. Volviendo a Roudinesco (2005), diremos que: “La familia venidera debe reinventarse una vez más” (p. 214).

Agradezco a Natacha Salomé Lima por la invitación a prologar este libro que se editará como e-Book por NEU Nueva Editorial Universitaria, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis. Es un libro que tiene un valor de transmisión de conocimiento tanto para la formación de grado como de posgrado.

La escritura es también una forma de dar testimonio de una experiencia y, en este caso, de un período privilegiado para poder debatir sobre la clínica en reproducción asistida.

¹ Roudinesco, Elisabeth, *La familia en desorden*, Bs. As., FCE, 2005, p. 213/4.

Capítulo 1

LO ACTUAL EN LA CLÍNICA DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Natacha Salomé Lima

Desafíos actuales en la clínica de reproducción asistida es una compilación de escritos organizada en tres partes. La primera parte recoge el aporte de psicoanalistas y psicólogos que orientan su trabajo en el ámbito de la reproducción asistida, y ponen a trabajar nociones como la “*prohibición del incesto*” o “*el uso del cuerpo*” para intentar deshabitar los lugares comunes de estar a “favor” o en “contra” de los escenarios que generan las biotecnologías reproductivas.

Lo propio de cualquier dilema es enfrentarnos con las opciones previstas por los cursos de acción disponibles. El método ético radica en no precipitar una opinión respecto de alguna de ellas, sino transformar el dilema en un problema, es decir en una empresa de pensamiento. En términos de Ignacio Lewkowicz: “opinar a favor o en contra no cesa de constituir la operación básica de identificación imaginaria. El comentario circula sin rozar la superficie de lo comentado y disuelve conjuntos fácilmente encuestables. Hoy ganan los a favor; mañana los en contra. El tema que ocasionalmente los divide carece de significación por sí; vale por su función imaginaria de demarcación de una diferencia pequeña, de una diferencia opinable” (Lewkowicz, 2003). Si la discusión es a favor o en contra, no hay nada para seguir pensando (Michel Fariña y Solbakk, 2012, p. 17).

Esta primera parte también abre a la posibilidad de pensar la familia como montaje, como puzle (Godoy, 2018) que se arma cada vez. En sintonía con aquellos discursos que han habilitado la inscripción formal de las diversidades familiares, sobre todo a partir de la Ley de Matrimonio Igualitario (Ley N.º 26.618, 2010), la Ley de Reproducción Médicamente Asistida (Ley N.º 26.862, 2013) y las últimas modificaciones del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina (2015), la *diversidad procreativa* aparece como una opción, una elección y una decisión que se hace cada vez y en acto. En este contexto, el recurso a un tercero, al lugar del donante para el entramado familiar es presentado a partir del singular rodeo de estas familias y de lo novedoso de sus ensamblajes. Pero no porque las *maternidades lesbianas* sean nuevas, sino porque producen nuevas significaciones y nuevos modos de nombrar(se).

La segunda parte reúne el arduo trabajo de un colectivo de psicólogas y psicoanalistas que se han dedicado, durante los últimos años, a pensar la mejor manera de sistematizar la *evaluación psicológica* en el campo de la reproducción asistida en Argentina, teniendo en cuenta las particularidades de todos los actores involucrados (donantes de gametos, receptores, comitentes, usuarios y/o pacientes de TRHA). Para eso, comienzan por establecer las pautas que ordenan el trabajo del profesional de la psicología en el ámbito de la reproducción asistida. El lugar del/a psicólogo/a puede resultar incómodo al modelo médico-hegemónico, porque no busca la adecuación del paciente al dispositivo. El/la psicólogo/a sostiene con su presencia y su escucha un lugar subversivo y necesario. Y busca, en cada caso, que se resguarde la subjetividad de los/as consultantes y que

aquellos que, sin ser consultantes, están directamente implicados (por ejemplo los hijos de las gestantes en casos de gestación por sustitución o las parejas de los donantes de gametos que poco han sido tenidos en cuenta).

En el caso de la evaluación en gestación por sustitución, se introduce un dispositivo novedoso —*el trabajo en duplas*— que fue reseñado con anterioridad (Rossi y Jurkowski, 2018) y que nos desafía, como profesionales de la salud mental, a pensar qué lugar tiene el cuerpo y la subjetividad gestante disociada del deseo de mater-paternidad. En este sentido, la evaluación psicológica no apunta solo a pesquisar la competencia de la persona que se propone como gestante, sino de todos/as aquellos/as que participaran de este evento.

La participación de un tercero en el proyecto reproductivo, conocido y/o familiar, despierta interrogantes respecto de la elección del/a donante y del posible grado de involucramiento en la vida familiar futura. Qué mueve a las personas a pensar en elegir un donante “conocido y/o familiar” frente a un donante anónimo. ¿De qué manera pensar las nociones de “altruismo” o “deuda simbólica” en estos casos?

La posibilidad de recurrir a un donante “conocido” y/o “familiar” no es una opción sugerida por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER). En el artículo 6.2 del Código de ética (apartado donación de gametos), “se sugiere mantener el anonimato entre el donante y el receptor de los gametos y que no los una ningún tipo de vínculo”. Un estudio reciente realizado en Estados Unidos demuestra que la población en general es receptiva a la idea de la donación intrafamiliar de óvulos. El 74% de los/as encuestados creen que una mujer debería

poder donar sus óvulos a un miembro de la familia (Bortoletto et. al, 2017). Sin embargo, en donaciones intergeneracionales (de una madre a una hija, o de una sobrina a una tía) podría existir un mayor riesgo de coerción, y menos posibilidad de elegir con libertad (ASRM, 2012).

Los ciclos de tratamiento donde intervienen óvulos “donados” son cada vez más frecuentes en todo el mundo. Algunas perspectivas más bien críticas han sugerido que en lugar de hablar de “donación de óvulos” —un término que no es neutral ni inocente— podría utilizarse el término de transferencia de la capacidad reproductiva (Lafuente-Funes, 2019).

En la región, la cantidad de ciclos de tratamiento reproductivo aumentó de 27.003 en 2011 a 75.121 en 2015, con una tendencia creciente. Según datos publicados por la REDLARA, en 2015, Argentina ocupó el segundo lugar con 17.788 ciclos de tratamientos registrados (23,68%), después de Brasil (41,55%) y antes de México (13,71%) (Zegers-Hochschild et. al, 2020). Las últimas estadísticas elaboradas por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER) informan que en el año 2017, se realizaron 12.277 procedimientos, con 8.024 transferencias embrionarias.¹

La evaluación de la donante de óvulos es el último capítulo de esta segunda parte y corresponde a un área donde el/la profesional de la psicología se ha especializado. A partir de investigaciones pioneras en el contexto nacional (Pérez y Wang, 2017), se diseñó una guía orientativa para la evaluación a donantes de ovocitos.

¹ Reporte disponible en:
http://www.samer.org.ar/pdf/presentacion_rafa_2017.pdf

En un escrito anterior hemos analizado el contexto de la donación de ovocitos en dos clínicas de la Ciudad de Buenos Aires, donde constatamos que la demanda de ovocitos y los parámetros discursivos que organizan la oferta pueden leerse desde una identificación de las donantes con lo materno y una construcción performativa del altruismo (Lima et al., 2019).

Es necesario notar que, en otros contextos, voces más críticas dirán que tanto el anonimato como una *ideología del altruismo* —que es sostenida no solo en los dispositivos legales, sino también biomédicos y sociotécnicos—, “enmascaran el trabajo (re)productivo y la generación de valor, indispensable para la industria de la reproducción” (Rivas et al., 2019, p. 631).

La tercera y última parte de este libro está destinada a presentar una interlocución con otras disciplinas como la Sociología, la Antropología, el Derecho y la Medicina. El dispositivo de la medicina reproductiva se sostiene en un complejo entramado de prácticas y discursos. “Estos dispositivos contribuyen materialmente a la organización de la realidad clínico-científica, que debe ser entendida en consecuencia como producida por prácticas materiales, corporales y sociotécnicas, entre otras.” (Ariza, 2016, p. 249). Protocolos, recomendaciones éticas, consentimientos informados, equipamiento científico-tecnológico se entran en el trabajo diario con los materiales biológicos que son allí manipulados —embriones, gametos, medios de cultivo, etc.— (Ariza, 2019).

En esta parte, nos abocamos a pensar la *performance clínica* como un espacio donde las prácticas se construyen o acontecen y los discursos se encarnan y se

transforman en distintos tipos de agencias. Se profundizará el aspecto narrativo y comunicacional, es decir, el modo en que las usuarias de TRHA dan cuenta, en su experiencia biográfica, de cómo la infertilidad se presenta como una disrupción al proyecto vital y cómo los recursos de la cultura popular —series y telenovelas— y el registro empático de quienes escuchan y se transforman en *interlocutores válidos*, son capaces de contribuir en la construcción de una identidad —la de usuarias de TRHA— con la potencialidad de constituirse en una plataforma de ciudadanía.

Los últimos capítulos introducen planteos que recorren áreas de trabajo novedosas:

Muchas de las mujeres que enfrentan un diagnóstico de cáncer sienten preocupación por su salud reproductiva, pero no se animan a hablar con su médico. Otras están tan avocadas a luchar contra la enfermedad que ni siquiera piensan en la posibilidad de formar una familia en el futuro. Sin embargo, al finalizar el tratamiento oncológico suelen arrepentirse de no haber preservado su fertilidad a tiempo.²

¿De qué modo la sexualidad femenina se ve interpelada por el dispositivo técnico? ¿Qué lugar para el deseo y cómo se significa el deseo de hijo ante la prescindencia del acto sexual? Nuestra intención es poder trabajar este libro como un *rizoma*, como aquel nudo o tallo subterráneo horizontal que conecta varios brotes que, a simple vista, parecen independientes pero que están

² Folleto *Pregna* medicina reproductiva. Tengo cáncer hoy, ¿cómo puedo formar una familia mañana?

siendo nutridos por los mismos tallos. “En la teoría filosófica de Deleuze, un *rizoma* es un modelo epistemológico en el que la organización de los elementos no sigue líneas de subordinación jerárquica. Cualquier elemento puede incidir en otros, sin importar su posición recíproca (Blumentahl y Marín, 2019, p. 16).

Esta compilación es parte del Proyecto de Desarrollo Estratégico *Circuitos de la reproducción asistida: una matriz de toma de decisiones e intervenciones sobre el origen*³, que se propuso el diseño de una matriz de contenidos que permita sistematizar una red de componentes para visibilizar, problematizar y profundizar los nuevos modos de relación producidos por las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA).

Esta compilación fue posible gracias al trabajo de muchas personas. Compañeras de la querida práctica profesional que dictamos en la UBA hace más de 5 años. Equipos docentes de otras Universidades, de grado y posgrado en la Universidad de Belgrano, de posgrado en la Universidad de San Martín. Colegas con las que compartimos espacios de pensamiento y reflexión fundamentalmente orientados al trabajo de la psicología en reproducción humana asistida. Colegas de la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida (SAPRHA) de Bahía Blanca y de Mendoza que se han especializado en esta temática. Representantes de la

³ Proyecto de Desarrollo Estratégico PDE (2019-2020) *Circuitos de la Reproducción Asistida: una matriz de toma de decisiones e intervenciones sobre el origen*. Directora: Dra. Natacha Salomé Lima. Codirector: Pablo Salomone (FADU). Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires

Coordinación de Reproducción Médicamente Asistida del Ministerio de Salud. Compañeras y compañeros de la Cátedra I de Psicología, Ética y Derechos Humanos, Facultad de Psicología (UBA), con quienes la empresa de pensamiento está siempre empezando. Esta compilación fue posible también gracias a las voces de distintas disciplinas, referentes de la Sociología, de la Antropología, del Derecho y de la Medicina que contribuyeron a las discusiones que aquí presentamos. No hubiéramos podido hacerlo sin el aporte de todos ustedes. Agradecemos enormemente a todos los coautores de esta obra colectiva y los/as invitamos a recorrerla.

Referencias bibliográficas

- Ariza, L. (2016). «No pagarás»: el Consentimiento Informado como productor de solidaridad en la medicina reproductiva. *Ciencia, docencia y tecnología*, 27(52), 240-268.
- Ariza, L. (2019). Ética en vivo. Sobre el trabajo ético en el Diagnóstico Genético Preimplantatorio (PGD) en Argentina. *Política y sociedad*, 56(3), 669-690.
- Blumenthal, D. y Marín, M. T. (2019) Lo familiar. Parentalidades en la diversidad. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Godoy, C. (2018) Montajes familiares: síntoma, ficción y real. En Ormart, E. (Comp) *Cuerpos y familias transformados por las TRHA* (pp 62-66). Buenos Aires, Argentina: Letra viva, 2018.

- Lafuente-Funes, S. (2019). Shall we stop talking about egg donation? Transference of reproductive capacity in the Spanish Bioeconomy. *BioSocieties*, 1-19.
- Lewkowicz, I. (diciembre de 2003). La situación carcelaria. *Revista Litorales*, 2(3).
- Lima, N. S., Rossi, M., Kohen, N., y Ormart, E. (2019). Resonancias de la donación de óvulos. Premio Facultad de Psicología UBA 2019. Disponible: http://www.psi.uba.ar/institucional/premio/2019/trabajos/donacion_ovulos.pdf
- Michel Fariña, J.J. y Solbakk, J. H. (2012). *(Bio)ética y cine. Tragedia griega y acontecimiento del cuerpo*. Letra Viva.
- Rivas Rivas, A. M., Lores Masip, F., y Jociles Rubio, M. I. (2019). El anonimato y el altruismo en la donación de gametos: la producción de biocapital en la industria reproductiva. *Política y Sociedad*, 56(3), 623-644.
- Rossi, M. y Jurkowski, L. (2018). Proceso de evaluación psicológica en un caso de gestación por sustitución: trabajando en duplas. En *Gestación por sustitución. Un abordaje interdisciplinario*. Equipo de Psicología y Musicoterapia Concebir.
- Wang, L. y Pérez, D. (2017). La otra cara de las TRHA (técnicas de reproducción humana asistida): Las Mujeres Donantes. Investigación Cualitativa de carácter exploratorio, *Derecho de familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, 78, pp. 261.

Zegers-Hochschild, F., Crosby, J. A., Musri, C., Maria do Carmo, B., Martinez, A. G., Silva, A. A., y Posada, N. (2020). Assisted reproductive techniques in Latin America: the Latin American registry, 2017. *Reproductive BioMedicine Online*.

PRIMERA PARTE



TEORÍA

Capítulo 2

LA FAMILIA EN CUESTIÓN: TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS, FILIACIÓN, VIGENCIA DE LA PROHIBICIÓN DEL INCESTO

Armando Kletnicki y Mariela Rossi

En la cultura actual, la diversidad en los modos de concebir mediante el uso de Tecnologías de Reproducción Humana Asistida (TRHA) introduce una enorme cantidad de interrogantes y enigmas, vinculados a los lazos filiatorios y el parentesco.

Vivimos en tiempos vertiginosos, que exigen nuestra actualización y escucha abierta ante los cambios que se avecinan en materia de configuraciones familiares, diversidad sexual, nuevos modos de nombrar los lazos de parentesco, protagonismo de la biotecnología y la impronta genética, circunstancias que ponen en debate posiciones habitualmente antagónicas: por un lado, la permanencia en una idea cerrada que trata de absorber y explicar lo extraño y lo novedoso; por otra parte, la perspectiva de repensar aspectos de la teoría a la luz de lo que ha quedado afectado por esas novedades.

Primariamente, sostenemos, ante todos estos avances que conmueven viejos modelos de pensamiento, que nuestro lugar no puede ser otro que el de seguir velando por la subjetividad de quienes consultan.

1. Las tecnologías reproductivas y los debates en torno a la filiación

Iniciaremos un breve recorrido por lo que a nuestro entender ha sido un cambio de paradigma, en tanto ya no podemos asociar la sexualidad a la reproducción, ni la reproducción al parentesco; como así tampoco es factible en este tiempo pensar la sexualidad y la reproducción en binarismos que reducen la mirada sobre lo que nominamos como una nueva mutación en la conceptualización sobre la familia.

Con la introducción de la píldora anticonceptiva, la década del 60 fue testigo de la llamada “Revolución sexual”, pudiendo ubicarse allí una primera separación entre sexualidad y reproducción.

En un segundo momento, el avance en materia de tecnologías reproductivas se presenta como una bisagra en lo que se designa como *reproducción sin sexo*, a la vez que pone sobre el tapete cuestiones relacionadas a los vínculos filiatorios, el desarrollo psicosexual y el binarismo que recae sobre la diferencia de los sexos.

Glocer Fiorini (2015), siguiendo el concepto desarrollado por Todorov (1995), plantea que debemos poder pensar la sexualidad como en relación y no como algo endógeno, en tanto siempre se es en relación con un otro, con otros, con la trama de la cultura, posición que enriquece el eje psicosexual planteado por Freud en “Tres ensayos sobre una teoría sexual”. Podría pensarse que tanto la lógica de la psicosexualidad como la del género no son opuestas, sino que es posible encontrar convergencias y divergencias entre ambas. Tomando este último eje, es

imprescindible recurrir a autores que, en su relectura del texto freudiano, postulan una mirada más allá del monismo monocausal.

Este cambio de paradigma viene de la mano de transformaciones en materia legal, que han permitido el acceso a configuraciones familiares diversas por fuera del modelo familiar heterosexual. Los avances en lo que respecta a la normas, la ampliación de derechos para los ciudadanos y las ciudadanas en Argentina en materia filiatoria, sumados a las posibilidades médicas y asistidas para generar descendencia visibilizan cambios sociales y dinámicas familiares emergentes que es preciso conceptualizar (Ormart, Lima y Navés, 2017).

La filiación ya no se sostiene exclusivamente en los llamados lazos de sangre (“filiación por naturaleza”), dado que un niño puede no compartir genes con quienes deciden criarlo: “...la experiencia de las TRHA se constituye como una suerte de proceso de configuración de subjetividades acelerado que, tras grandes dudas y perplejidades, lleva a quienes acuden a ellas a trocar la concepción biológica-genética del parentesco por una concepción intencional del mismo”. (Jociles Rubio y Rivas, 2016, p. 67).

Actualmente, la ley en Argentina propone como nueva fuente filiatoria la surgida por el uso de tecnologías reproductivas, circunstancia en la que la voluntad procreacional se constituye –al mismo tiempo– en fuente y prueba de la maternidad/paternidad, a partir de un consentimiento informado que establece quién o quiénes han sido las personas que desearon y han manifestado su intención de tener ese hijo o esa hija (Kletnicki y Alfano, 2013).

La función materna y paterna, tal como la entendemos para pensar categorías como el Edipo o la interdicción del incesto, deben revisarse desde los conceptos que aportan otras disciplinas como los estudios de género, la antropología social y la sociología, entre otras.

Retomando el psicoanálisis clásico, sus ejes fundamentales son la sexualidad infantil y el complejo de Edipo/Castración, sobre los que el concepto de diferencia sexual encuentra andamiaje. El complejo de Edipo postula una salida del orden ideal para niños y niñas, cuya preeminencia queda instalada en la fase fálica, a partir de lo cual toma protagonismo la oposición fálico/castrado. En esta línea, la dificultad reside en ubicar el eje de la diferencia sexual en términos de masculino/femenino como dicotómica, ya que puede llevar a ignorar la singularidad del deseo y las complejidades de la subjetividad sexuada (Glocher Fiorini, 2015), lo que fomenta la homologación de categorías como fálico/castrado, masculino/femenino, activo/pasivo, y determina asimismo modos de relacionarse con otros semejantes, otros de la cultura, e inclusive las maneras de producir y reproducir vínculos filiatorios.

Según Silvia Bleichmar, ya no son necesarios un padre y una madre para garantizar la salud psíquica de un niño, ya que tan solo basta un adulto que cumpla las tareas de crianza relacionándose asimétricamente con el infante y que acate la prohibición de acceder a su cuerpo como lugar de goce. Agrega que estos tiempos exigen una revisión del concepto “familia” para despegarlo de la noción de matrimonio y, principalmente, una redefinición de lo que entendemos por Complejo de Edipo, y sugiere

una lectura menos apoyada en el mito griego del varoncito enamorado de su madre que toma al padre como rival, y más sostenida en el acatamiento de la prohibición de hacer del cuerpo del niño/a un escenario para su goce.

Las TRHA nos llevan a repensar los vínculos en una sociedad, incluyendo nuevas dinámicas y nuevos lazos sociales, pero sin olvidar la finalidad que tiene una familia en tanto constructora de subjetividad.

2. La discusión en torno a la ruptura del binarismo: la diversidad sexual y la multiplicidad de modelos reproductivos y de crianza.

Nuestro abordaje del campo de las tecnologías reproductivas admite una valoración específica que no será precisamente la del interés por la técnica, sino por la complejidad que introduce esta nueva perspectiva para debatir el tema de la filiación.

La discusión en torno a la ruptura del binarismo conlleva, como continuidad, la necesidad de ampliar la mirada, iniciando el recorrido en la observación de las novedades ligadas a la diversidad sexual, y llevando el análisis a la multiplicidad de modelos reproductivos y, por ende, de nuevos escenarios de crianza.

Por supuesto que muchas de las novedades a las que asistimos no se han iniciado con la proliferación de tecnologías reproductivas, ya que la familia humana ha venido registrando sucesivos cambios a lo largo de la historia, por lo que quedó demostrado que su estructura no coincide con la de una unidad natural cuyo fin primordial es el de la reproducción.

La familia es, por el contrario, una estructura de relaciones simbólicas, organizadas de cierto modo que no coincide necesariamente con esa unidad biológica con la que a veces se la confunde. De hecho, ya la filiación por adopción podría aparecer como ejemplo de la desnaturalización de la trama familiar, en tanto es una filiación sostenida en un dictamen jurídico. Asimismo, la existencia de familias ensambladas resalta la noción de función por sobre cualquier determinación de corte biológico.

Sin embargo, las diversidades sexuales que desafían las polaridades masculino/femenino, los cambios en las funciones clásicamente otorgadas a madres y padres, la ruptura de una correspondencia biunívoca entre función paterna y materna imaginariamente asignadas a hombres y mujeres, la aparición de las nuevas tecnologías de reproducción humana, el reconocimiento de las familias monoparentales y las integradas por parejas homosexuales hacen más evidente que las nuevas configuraciones familiares se alejan de los anteriormente reconocidos fines naturales, centrados en la reproducción de la especie y la organización de la descendencia.

Adicionalmente, las tecnologías de reproducción asistida, así como las de cambio de sexo testimonian una incidencia cada vez mayor de la técnica sobre lo real del cuerpo, proyectando horizontes que son siempre inimaginables para los habitantes de una época.

A esta altura, es importante reinterrogar si el debate que introducen estas modificaciones puede ser resuelto apelando a las respuestas ya conocidas, aplicándolas al estudio de las nuevas situaciones; o si es necesario repensar estas problemáticas adicionando otros

fundamentos epistemológicos y reconfigurando las teorías que hasta aquí han prevalecido. Entre otras cosas, es de interés poder relevar los aspectos morales presentes en cada situación, así como permanecer advertidos acerca de los prejuicios que puedan afectar nuestra capacidad para pensar categorías novedosas.

Leticia Glocer Fiorini (2018) resume muy acertadamente los efectos de la aparición de estas nuevas situaciones, afirmando que ponen en cuestión un conjunto significativo de axiomas. La presencia de estos nuevos escenarios resalta la necesidad de interrogar lo conocido con un nuevo nivel de complejidad, en tanto:

- Descentran los dos géneros clásicos, masculino y femenino, cuestionando la figuración ideal de la pareja heterosexual y de la familia nuclear clásica.
- Inducen a repensar el complejo de Edipo y su resolución normativa heterosexual.
- Conducen a redefinir el concepto de diferencia sexual como condición del acceso a un universo simbólico, así como la noción de castración en todos sus niveles.
- Llevan a analizar la posición con respecto a la primacía del falo en cuanto a su validez universal ahistórica, cuestionando todas sus acepciones, incluyendo al falo como significante amo, significante del deseo.
- Abren preguntas sobre la denominada “ley del padre” como condición de resolución del complejo de Edipo-castración, en tanto sus raíces patriarcales desdibujan su función tercera, y la identifican con el padre de la familia nuclear propio de un orden androcéntrico.

- Interpelan las significaciones de la polaridad binaria masculino-femenino y lo incierto de sus términos.
- Ponen en discusión las funciones simbólicas y de cuidados en la crianza, habitualmente homologados a padres y madres.

Para esta autora, “... todas estas categorías están relacionadas. Hay una intrincada red de conexiones entre ellas, de tal manera que si empezamos analizando una se ponen en juego las demás. Es un multiplicador de preguntas que moviliza ansiedades e implica, ciertamente, salir de una posición confortable con respecto al saber” (Gloer Fiorini, 2010).

3. Vigencia de la prohibición del incesto

Nuestra intención es exponer dos situaciones que tienen lugar con el uso de nuevas tecnologías reproductivas, que cuestionan pilares tales como la prohibición del incesto y el parentesco y que, en cierto punto, transgreden lo que clásicamente se entiende por estas categorías estructurales y fundantes de la constitución subjetiva.

La pregunta que introducimos refiere a la vigencia de la prohibición del incesto en tiempos de tecnologías de reproducción humana asistida, ya que la utilización de dichas tecnologías, tanto en los casos de donaciones intrafamiliares, como en muchos otros en los que no interviene la familia, evita la consumación de relaciones sexuales, por lo que la mirada sobre la cualidad incestuosa de tales situaciones no debería centrarse allí.

Hemos mencionado previamente el concepto de voluntad procreacional, que puede resumirse en la idea de

que padres son las personas que solicitaron el procedimiento reproductivo, al tiempo que sostienen la intención de criar al niño/a que ha de nacer, y no aquellos que han aportado los gametos o participado en la gestación. Dicha voluntad procreacional es el factor determinante para establecer la maternidad/paternidad en juego, tanto en términos jurídicos como subjetivos, más allá de reconocer en nuestra lectura sus diferencias conceptuales y terminológicas, por ejemplo, la distancia hallable entre el sujeto libre y autónomo que promueve el campo jurídico y la noción de sujeto sujetado al inconsciente que propone la teoría psicoanalítica (Kletnicki y Alfano, 2013; 2017).

Tampoco ignoramos otras complejidades surgidas de estos novedosos procedimientos; por ejemplo, la cuestión de si la donación de gametos debe permanecer en el anonimato, en tanto el nombre de los donantes es un dato secundario, completamente subsumido a lo expresado en la voluntad procreacional; o si, por el contrario, debe valorarse una identidad anclada a la genética, al reconocer la importancia que el dato sobre el origen tiene en el campo de lo humano.

Adicionalmente, cabe pensar que de las diversas respuestas producidas sobre el tema, surge, casi sin poder evitarlo, un conjunto de problemas conceptuales absolutamente encadenados: solo para ubicar algunos ejemplos, puede mencionarse que del sostén de la donación anónima se deriva la pregunta acerca del derecho a la identidad del niño/a nacido con el uso de esa técnica, y una pregunta no menos interesante sobre la definición misma del término identidad. A su vez, promover el conocimiento acerca de quiénes son proponiendo una

valoración específica de los donantes de gametos introduce novedades en la construcción de los lazos, y otorga lugares en el parentesco aún no nominados.

Por su parte, por el lado de la donación intrafamiliar, queda evidentemente perdida la discusión por el anonimato, pero se habilita la pregunta, en un contexto tecnológico original, por la vigencia de la definición clásica de incesto.

Puede decirse que la introducción de las TRHA vuelve ambiguas las relaciones de parentesco allí donde parecieran colaborar varios actores en el engendramiento y la llegada de un nuevo sujeto. De hecho, Consuelo Álvarez Plaza (2006) comenta que los cambios en las relaciones de parentesco introducidas por las TRHA con material genético donado convierten el engendramiento en un acto social.

Guido Pennings (2001), en su artículo “Donación intrafamiliar, incesto e importancia del vínculo genético”, revisa cuatro definiciones de incesto para evaluar la aceptación o rechazo de diversas demandas de utilización de material intrafamiliar en la donación de gametos, y diferencia la consideración de “incesto intencional” del deseo de establecer, en la medida de lo posible, un vínculo genético con el niño por nacer; es decir, el deseo de tener un hijo que sea genéticamente parte de una familia extendida.

Según el diccionario de la RAE, el incesto se define como la “relación carnal entre parientes dentro de los grados en que está prohibido el matrimonio”. Otra acepción, no distante de la primera, lo presenta como la “relación sexual entre familiares consanguíneos muy cercanos, o que proceden por su nacimiento de un tronco

común”, siendo tal práctica condenada en nuestras sociedades a veces jurídica y moralmente, a veces solo en términos morales. Por lo mismo, la interdicción del incesto, así como la búsqueda de los nuevos vínculos de parentesco fuera del ámbito familiar de origen — exogamia en oposición a endogamia—, han predominado a lo largo de la historia, con grados y modalidades variables.

Pennings (2001) hace una referencia crítica a la definición de incesto que algunos autores designan como “simbólico”, circunstancia en la que una persona tomaría el lugar de otra; por ejemplo, al interpretar que un hermano que dona gametos para su hermana quedaría ubicado en el lugar de la pareja de esa mujer. Dicha referencia alude a una especie de simbolismo a priori que porta una lectura cerrada y otorga un sentido unívoco; aunque, a nuestro juicio, el término simbólico puede ser fuente de confusión, en tanto aplica más a la determinación de una lógica singular ligada a la asunción de ciertas funciones y roles, y menos a una mera suplantación que tiende a interpretar la presencia de un personaje en el lugar de otro.

En su texto, además de analizar algunos casos para determinar *qué no es incesto*, este autor designa como “incesto intencional”, en consonancia con una “paternidad intencional”, la utilización de material genético intrafamiliar cuando está unida a una voluntad de llevar adelante, por parte de los miembros de esa familia, la crianza del niño o niña resultado del procedimiento reproductivo.

En este marco, dice Pennings, se tratará de incesto si la creación de un niño por familiares de primer grado

conlleve la intención de criarlo juntos como madre y padre, razón por la cual dicha práctica debería prohibirse. Dice, en cambio, que otras formas de participación de material intrafamiliar en la donación de gametos o embriones no califican necesariamente como incestuosas.

4. Un hijo para mi hermano

En un caso que se ha hecho público en el mes de mayo de 2019, una mujer cordobesa de 31 años llamada Romina Mondragón ha sido autorizada por la justicia para gestar el hijo de su hermano Julián y su cuñada Andrea.

Romina está casada, tiene 4 hijos y es doula, tarea que consiste en acompañar a mujeres durante el embarazo, el parto y los primeros días de crianza.

En 2003, a Andrea le diagnosticaron un cáncer que puso en riesgo su vida, y tras las sesiones de quimioterapia y de rayos quedó afectada su capacidad reproductiva. Con su pareja pensaron en la ovodonación, incluso en que sea Romina quien les donara sus óvulos, pero esa idea no podría llevarse a cabo, ya que todos los posibles tratamientos incluían el riesgo de que los cambios hormonales pudieran generar la reactivación de células cancerígenas. También desistieron de la posibilidad de adoptar, frente a los obstáculos burocráticos que se presentaron al intentarlo. Respecto a la subrogación, solo conocieron casos de famosos que iban a realizar tratamientos al exterior, cuyo costo les resultaba imposible solventar.

Un día, Andrea y Julián reciben el llamado de Romina, quien estaba viendo en la televisión la historia de una pareja de hombres que tuvieron un hijo ayudados por

una amiga que había prestado su vientre. Pensó de inmediato si esa posibilidad estaría abierta en el país para gestar al hijo de su hermano, utilizando sus espermatozoides y los óvulos aportados por una donante anónima. La tecnología que podía producir el “milagro” se llama ICSI, inyección intracitoplasmática de espermatozoides.

Romina es la única mujer entre tres hermanos varones, y dice que Julián, 14 años mayor, fue siempre “su gran protector”. También dice: “Es mi hermano, es mi sangre. Yo tengo un lazo muy fuerte con él, muy especial. Siempre fue así, desde que éramos chiquitos. A donde yo iba, él iba. ¿Cómo no voy a ayudarlo si él siempre fue tan protector conmigo?”. Por su parte, Julián comenta haber cuidado a su hermana “como un segundo papá” desde que era bebé.

Cuando Romina le cuenta este proyecto a su marido, dice que “...como hablo rápido y no me expreso bien, él pensó que iba a ser un hijo nuestro que íbamos a dar... él sabe que es todo para mí”, dice en referencia a Julián, su hermano mayor.

El tema es llevado a la justicia, circunstancia en que la jueza Mónica Parrello, titular del Juzgado de familia de Córdoba, dictó sentencia favorable el pasado 13 de mayo, destacando la importancia de juzgar el caso con perspectiva de género: “(...) el género no se refiere simplemente a mujeres u hombres, sino a la manera en que se construyen socialmente, más aún en este caso donde se trata del derecho de una mujer a ser madre (comitente), el de otra a gestar (gestante) y el derecho a constituir una familia”

También en su fallo destacó el derecho a la no discriminación, considerando que el hecho de que la “gestación por sustitución” no tenga una regulación específica en Argentina no debe ser un obstáculo para una familia que no puede acceder a otra técnica, ya que de ese modo se convalida un acto de discriminación vedado por los tratados internacionales que protegen a las mujeres.

Para la ley, queda claro que Romina será la gestante y que no tendrá ningún vínculo filial con el bebé, que será anotado como hijo de quienes manifiestan la “voluntad procreacional” de ser su madre y su padre.

Además, respaldada en las evaluaciones realizadas, afirmó que se trataba de un “acto de amor supremo”, nacido del “deseo genuino y desinteresado de brindarle a su cuñada y hermano la posibilidad de concretar el anhelo de ser padres”, y que se veía “la colaboración solidaria entre mujeres, frente a la necesidad de una y el recurso de la otra”.

Asimismo, la jueza afirma la necesidad de respetar el derecho del niño o niña por nacer a conocer su historia de origen, así como la protección para ambas mujeres del derecho a una licencia por maternidad, siempre en función de privilegiar el interés superior del niño; en el caso de Romina para recuperarse de la gestación, en el caso de su cuñada para poder ocuparse del bebé.

Cuenta Romina que la jueza le confesó que había sido uno de los fallos más importantes de su vida, que estaba acostumbrada a resolver divorcios, disputas familiares por la tenencia de hijos o cuotas alimentarias, pero no casos “de tanto amor”. También nos dice: “Te digo honestamente, no tengo dudas, ni miedo de confundirme. Yo tengo claro que no quiero tener más hijos

y que voy a gestar a mi sobrino. Se los voy a cuidar esos nueve meses, después irá con su mamá y su papá”.

Su hermano, enterado de la resolución de la jueza, dice que: “...no me va alcanzar la vida para agradecerle”.

5. El hijo en el lugar de ofrenda

Beatriz se presenta en el consultorio derivada por la médica tratante a cargo del programa de donación de gametos y embriones. En la clínica en la que consulta, los receptores de gametos suelen tener al menos una entrevista psicológica, cuyo objetivo, desde ya, no es tomar posición acerca de si alguien puede o no ejercer una función parental, sino observar si cuentan con recursos para hacer frente a un procedimiento de donación, brindarles información y tratar de descartar alguna alteración psicopatológica grave.

No es un dato menor el señalar que la función del psicólogo/a no reside en determinar si alguien se encuentra apto o no apto para ser padre, dado que eso sería funcionar a modo de juez, cualidad que muchas veces quienes consultan prejuzgan de antemano y, por lo tanto, vale la pena comenzar la entrevista aclarándolo.

Así se inició el encuentro con Beatriz, de 47 años, que hasta ese momento se presentaba sola, diciendo que estaba soltera y que debía recurrir a una donación de ambos gametos (masculinos y femeninos), por lo que se le había sugerido realizar una donación de embriones. Ante tal “ofrecimiento” no sabe de *qué se trata la técnica*, según palabras textuales, y quiere recibir información.

Al indagar algunos aspectos de su vida, relata que vive con Norberto, de 95 años y que no tiene pareja. Se le pregunta si este hombre es un familiar a cargo, momento en el que menciona haberlo conocido hace ocho años, cuando trabajaba como cuidadora en un geriátrico de la comunidad alemana. Beatriz tiene la misma ascendencia, y es por ese motivo que pudo acceder a ese puesto. Relata que conoció a Norberto cuando él estaba casado con Leyna, y que ambos eran una pareja adorable, con quienes con el paso del tiempo comenzaría a tener una relación cada vez más estrecha.

Refiere que en un momento dado, la pareja, al no tener herederos directos, quiso adoptarla para asegurarse de que Beatriz pudiera heredar sus bienes; pero, como nuestro Código Civil y Comercial no permite la adopción de personas mayores de edad, la propuesta no pudo ser viable.

A los pocos meses, Leyna fallece, y Norberto y Beatriz deciden emprender juntos un viaje por Europa con el objetivo principal de volver a Alemania, tierra natal del hombre. Allí se entera que cuando Norberto llega a Argentina, siendo joven, conoció a quien fue su gran amor, que esa mujer había quedado embarazada y decidió abortar, y que este hecho le había dejado una marca imborrable; de modo que, posteriormente, nunca quiso tener hijos.

Al regresar de Alemania, Norberto decidió vivir en un departamento de su propiedad en el centro de la ciudad, y le pidió a Beatriz que renunciara al geriátrico y sea su

cuidadora personal. La mujer acepta entusiasmada, ya que, según relata: “...cuidarlo era algo hermoso que le había pasado en la vida”.

También comenta que nunca tuvo una pareja del todo estable con quien proyectar, y que siempre quiso ser madre. Cuando ya estaba cuidando a Norberto en el departamento, él le propone casamiento, volviendo a hacer mención a la herencia y los bienes. Beatriz asiente gustosa, aun cuando expresa que en ese momento estaba en una relación. Cuando es interrogada acerca de la reacción de su pareja, llega a decir que mucho no le gustó, pero que ella igualmente decidió aceptar la propuesta.

Posteriormente, se casan, y al tiempo vuelve a surgir su deseo por ser madre. Refiere que Norberto le ofrece su material genético, pero que esa proposición es desestimada por el equipo médico al contemplar la edad del hombre, que en ese momento tenía 90 años. Así es como recurre a un banco de esperma, donde opta por un donante con identidad abierta, cuyos padres eran, tal como Norberto y su difunta esposa, de nacionalidad alemana. Entre líneas, algo así como un hijo de Norberto y Leyna, algo así como un hermano simbólico en vistas del deseo expresado por el matrimonio de adoptarla. Se hace mención a esta situación, pero Beatriz no se sorprende ni se angustia, no dice nada. Relata que ese procedimiento finalmente no se realiza, y que el tema de su maternidad queda pospuesto.

Pasados algunos años —estamos ahora en 2018—, Beatriz decide volver a contactar al centro de fertilidad.

Esta vez debe recurrir, como se ha comentado al comienzo del relato, a la donación de ambos gametos, dada su edad avanzada. Es en este momento que se desarrollan las entrevistas relatadas, en las que manifiesta que dado que Norberto no podía aportar el material genético, habían decidido que le diera el apellido y lo reconociera como hijo, de modo que el niño pudiera obtener la ciudadanía alemana. Para Beatriz era algo muy importante, algo que creía que el niño iba a agradecer a Norberto toda la vida.

También para ella ese hijo era una manera de devolver al hombre todo lo que le había dado. Dice textualmente: “Norberto es como un padre para mí, quiero darle ese niño como agradecimiento por lo que hizo por mí”.

Ante nuestra perplejidad por este lugar complejo en que ubica ese deseo de hijo, Beatriz responde que para ella no tiene nada de malo retribuir un acto de tanta generosidad con un hijo. Se le sugiere pensar este lugar para este hijo por venir; si es que acaso le supone un lugar, precisamente, por venir, o si ese lugar ya estaba asignado de antemano: aquel de ofrenda. Beatriz decide continuar con su espacio terapéutico personal, aduciendo que no quería dos lugares distintos en los que pensar situaciones que para ella ya estaban resueltas.

Finalizadas las entrevistas, se establece contacto con la médica tratante para comunicarle la preocupación por el caso, por la manera de responder de Beatriz, por su falta de angustia. Se sugiere discutirlo en el Comité de Ética que, meses después, dictamina que mientras

Norberto se encuentre con plena conciencia y preste su voluntad procreacional, no veían nada malo en que el procedimiento se llevara a cabo.

6. Para concluir

Nuestra propuesta no está centrada en desbaratar viejas certezas para, tras hacerlo, imponer nuevas certidumbres; sino en alumbrar los indicadores situacionales que nos permitan interrogar cada caso con la mayor complejidad posible. En este sentido, no está demás comenzar demarcando las diferencias entre la resolución jurídica del caso citado en primer término y sus implicancias subjetivas, clínicas, con la finalidad de precisar qué categorías del campo de la subjetividad deben considerarse ineludibles al abocarnos al análisis de la situación. Por lo mismo, es necesario aclarar los argumentos y los fundamentos que formarán parte del debate que posibilite la toma de una decisión.

Respecto al caso Romina, al agudizar la escucha, se hacen presentes una variedad de elementos en el discurso de los y las protagonistas que invitan a revisar la escena, impidiendo su clausura y problematizando tanto una lectura lineal como la idea de una resolución ingenua. Como hemos observado, la situación se presenta cerrada tras el dictamen jurídico; sin embargo, resta pensar si son posibles otros cursos de acción, si pueden considerarse otras alternativas, o si sería indicado promover algunas advertencias a partir de una escucha clínica, en la medida en que, según pensamos, queda evidenciada la insuficiencia de la intervención jurídica.

En relación con el segundo caso presentado, la recomendación del Comité de Ética limita el abordaje a la consideración de la capacidad de Norberto para consentir, centrándose en la descripción de los atributos del sujeto autónomo del campo del derecho, pero sin dar cabida a las reflexiones que llevan a precisar en qué lógica fantasmática se inscribe esta particular demanda de hijo y, por ende, en qué ecuación simbólica se integra.

Por lo visto, la tensión entre una dimensión normativa-jurídica y lo que estamos llamando “dimensión clínica” no es pacífica ni lineal, en tanto se verifica una tensión continua —tan irreductible como deseable— entre la norma que regula el “para todos” y la especificidad propia de cada caso; entre la exigencia de legislar del campo deontológico-jurídico y el desafío que impone la singularidad de cada situación (Kletnicki, 2010).

Dada esta condición, cualquier intento de instalarse exclusivamente en uno u otro campo elimina la tensión señalada y, en consecuencia, limita la capacidad para pensar la situación a interrogar y genera salidas que minimizan una posible interpelación. Sostener esta tensión es fuente de incertidumbres; pero también promueve una lectura que intenta evadir las simplificaciones, propone complejizar la trama por analizar y proporciona los fundamentos necesarios para resolver cada caso considerando y resguardando lo propio del sujeto.

Referencias bibliográficas

Alvarez, C (2006). Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida. *Revista de Antropología Social*. ISSN: 1131-558X

- Freud, S. (1905) Tres ensayos de Teoría Sexual. *Obras Completas*, Vol VII. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1983.
- Glocher Fiorini, L. (diciembre 2010). Presentaciones cambiantes de la sexualidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 111, 44-53. Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU).
- Glocher Fiorini, L. (2015). La diferencia sexual en debate. *Cuerpos, deseos y ficciones*. Lugar Editorial.
- Glocher Fiorini, L. (junio 2018). Lo femenino. Transformaciones e interfases. *Aperturas Psicoanalíticas*, 58. Recuperado de: <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001015#contenido>
- González Salaberry, R. (s.f.) Entrevista a Silvia Bleichmar, para la *Revista Contexto Psicológico*. Recuperado de: http://www.silviableichmar.com/actualiz_09/RevisitaContexto.htm
- Jociles, M. I. y Rivas, A. M. (2016). Cambios en la concepción y representación del parentesco a raíz del uso de las técnicas de reproducción asistida con donante. *Ankulegi* 20, 63-78.
- Kletnicki, A. (2010). Ética y decisión. Trabajo presentado en *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Kletnicki, A. y Alfano, A. (2013). Las tecnologías de reproducción humana asistida como nueva fuente de la filiación, en *Memorias del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología, UBA*, Tomo 4, Buenos Aires.
- Kletnicki, A. y Alfano, A. (2017). Las tecnologías de reproducción humana asistida como tercera fuente filiatoria. En: Salomone, Gabriela Z. (Comp), *Discursos Institucionales, Lecturas clínicas: Volumen 2: Cuestiones éticas de las prácticas con niños en el campo de la interdiscursividad* – (1.º Ed), Buenos Aires: Letra Viva.
- Ormart, E., Lima, N. y Navés, F. (2017). Filiación en técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA): desafíos actuales del desempeño profesional del psicólogo/a. Trabajo presentado en las *XXIII Jornadas Nacionales sobre el ejercicio profesional. La realidad de la práctica: tendencias y desafíos en los distintos campos de trabajo del psicólogo*. Neuquén, Argentina.
- Pennings, G. (2001). Incest, gamete donation by siblings and the importance of the genetic link. *Reproductive BioMedicine Online*, 4(1), 13–15.
- Todorov, T. (1995). *La vida en común. Ensayo de antropología general*. Madrid: Taurus.

Capítulo 3

GÉNERO Y FAMILIA(S) A LA LUZ DE LAS TRHA

Flavia Navés, Rocío Alaniz, Pamela Rossi

1. Introducción

Actualmente, el modelo de familia nuclear convive con organizaciones familiares diversas, las cuales encuentran un espacio en el que pueden desarrollarse con menor estigmatización y una creciente apertura. Aun así, en el imaginario social resiste el modelo heteronormativo, el cual se manifiesta en los discursos que responden a una visión “tradicional” de la familia y en la negación a registrar los dinamismos y mutaciones que tuvieron lugar en la organización familiar.

Pese a dicha resistencia ofrecida en el plano social, la ciencia presenta avances que sortean limitaciones biológicas y que, junto a una legislación igualadora de derechos, facilitan el advenimiento de modelos familiares que desafían las creencias y los valores erigidos alrededor de la familia como institución patriarcal. Existe, sin embargo, una brecha entre la igualdad pretendida y la igualdad real. Presenciamos desigualdades en la consideración de los modelos de familias más diversos y, aún desde los ámbitos de poder, se sostienen discursos basados en prejuicios y estructuras obsoletas como únicos ordenadores de la sociedad.

En este contexto, abordar la temática de las organizaciones familiares no nos resulta una tarea sencilla, ya que consideramos necesario incluir un análisis que

contemple diversas perspectivas. Análisis que, además, proponga una nueva genealogía para pensar las familias en tiempos en que las tecnologías reproductivas han modificado los lazos de parentesco, lo que ha producido efectos en la subjetividad de la época.

En el presente capítulo, nos proponemos reflexionar sobre los cambios que, en los últimos años, han dado lugar a los diversos modos de organización familiar, procurando un marco amplio que incorpore los avances tecnocientíficos propios de las técnicas de reproducción humana asistida.

2. La familia: cambios y permanencias

Aventurarnos a pensar sucintamente qué cambió y qué permanece constante en la organización familiar como institución social nos exige estudiar las múltiples aristas que integran la respuesta a este simple interrogante: ¿qué es una familia?

Etimológicamente, *familia* viene del latín; deriva de la palabra *famulus*, que significa sirviente o esclavo de una persona. Según la Real Academia Española (RAE), la familia es un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Asimismo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo n.º 42, la define como el núcleo fundamental de la sociedad, el cual se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.

Eva Giberti (2014) afirma que “las familias se instituyen como modos de producción de cambios sociales: una dialéctica que desautoriza las concepciones

de la familia como producción natural, homogénea e inamovible” (p. 188). Según lo indagado por esta autora, en la antigua Roma se llamaba “familia” a la unidad socioeconómica que vivía en una casa bajo la protección del *pater*; también se incluía a los sirvientes y esclavos, ya que eran quienes aportaban la fuerza de trabajo.

Desde la terapia sistémica, se concibe a la unidad familiar como un sistema abierto, entendiendo por sistema al conjunto de elementos que interactúan entre sí. Según Minuchin y Fishman (1988), la familia no es una entidad estática, sino que se encuentra en proceso de cambio continuo al estar sometida tanto a las demandas internas como externas (provenientes del contexto social).

Desde la mirada sociológica, la familia es la institución social básica, la más antigua y extendida de todas, en la que se canalizan deseos, ilusiones y sentimientos humanos, y no es ajena a los valores culturales ni a los procesos políticos de cada momento o período histórico. Anclada en las necesidades humanas universales de base biológica como la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana, sus miembros comparten relaciones de parentesco, conyugalidad y *pater/maternalidad* (Jelin, 2007).

En síntesis, la familia es una institución definida por normas para la constitución de la pareja sexual y de la filiación intergeneracional; un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución de su propia estructura de poder, con fuertes componentes ideológicos y afectivos (Therborn, 2007; Jelin, 2007).

Afirma Foucault (1976) que con el advenimiento de la burguesía, la sexualidad quedó confinada a la pareja heterosexual y el sexo, a la reproducción; período

histórico en el que, junto al surgimiento del Estado Moderno, el modelo de familia nuclear, formado por una mujer y un hombre heterosexuales, fue valorado como la única organización familiar normada y legitimada por el Estado, la sociedad y la cultura urbana; modelo que responde a los valores sociales e ideológicos del patriarcado, avalados, además, por algunas religiones. Dispositivo familiar en el que la geografía del poder demuestra la división sexual del trabajo, afianza la superioridad jerárquica del hombre sobre la mujer y sus hijos, codifica y educa los cuerpos sexuados hacia una sinergia procreadora heterosexual, de manera de dejar por fuera todo lo que no coincide con la moralidad burguesa y sexogenérica. Este dispositivo discursivo es reconocido como uno de los pilares en la construcción de las sociedades autodenominadas “modernas” (Lamont, 2014 citado por Gómez, Lamont y Silva-Aragón, 2019).

Al día de hoy, el desarrollo de las técnicas biomédicas ha generado cambios sociales, legales y subjetivos que se ponen de manifiesto en la organización familiar del siglo XXI, su dinamismo y estructura; ya que, al facilitar la planificación familiar, posibilitan un mayor desarrollo profesional de las mujeres —antes abocadas a las tareas del hogar principalmente— lo que a su vez se ve reflejado en la postergación de la maternidad/paternidad, en un descenso de la cantidad de hijos por familia, en las formas de convivencia y en la crianza de los hijos. Sin embargo, “la familia nuclear sigue conservando su valor como institución social al servicio de reproducir el linaje patriarcal donde se conforman y despliegan las identidades sexuales genéricas” (Ried, 2019, p. 80).

3. Las familias y el derecho argentino

En el ámbito del derecho, “las legislaciones acataron las prácticas que los miembros de las organizaciones familiares incorporaban e introdujeron cambios y novedades que hubiesen resultado impensables en décadas anteriores” (Giberti, 2014, p. 77). En este sentido, afirma Lorenzetti (2012) que en materia de familia, se toman decisiones jurídicas que dan un marco regulatorio a una serie de conductas sociales que no se pueden ignorar. Es decir que las leyes jurídicas corren detrás de los lazos que, por existentes, exigen regulaciones que los amparen.

En la modernidad, el Código Civil de Vélez Sarsfield estableció y reguló el matrimonio y la filiación para el modelo de la familia tradicional, y la ley de matrimonio solo contemplaba la unión heterosexual. Pero, con el correr del tiempo, la ley de matrimonio se extendió a las uniones del mismo sexo con la Ley de Matrimonio igualitario (Ley 26.618), y formar una familia se convirtió en un derecho. Derecho que, junto a los avances tecnocientíficos y la Ley 14.208 de Fertilización Asistida de la Provincia de Buenos Aires, alcanzó la universalización de los problemas relacionados con la infertilidad. Sin embargo, esto solo era efectivo en el caso de matrimonios heterosexuales y con limitaciones en la edad de la mujer. Si bien la Ley 14.208 carece de la figura jurídica del consentimiento libre e informado, sirvió de antecedente a la Ley Nacional 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, sancionada y reglamentada en 2013, donde en conjunto con la Ley de Matrimonio Igualitario y la Ley de Identidad de Género (Ley 26.743), se garantizará el acceso a las técnicas reproductivas a

heterosexuales, gays, lesbianas, travestis y transexuales. Esta ley define a la reproducción médicamente asistida como un conjunto de procedimientos y técnicas médico-asistenciales para la consecución de un embarazo y, al mismo tiempo, define y comprende a las técnicas de baja y alta complejidad que incluyen o no la donación de gametos o embriones. A su vez, garantiza el acceso integral a los tratamientos a toda persona o pareja que lo requiera sin restricción de edad, de estado civil u orientación sexual.

Finalmente, en el año 2015, se produce la modificación del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina en el que las técnicas de reproducción asistida se constituyen en la tercera fuente de filiación, donde la voluntad procreacional se vuelve la figura que le da sustento, apoyándose en el consentimiento libre e informado de quienes recurren a ellas para procrear. A partir de esto, se determina el derecho inalienable del niño nacido por TRHA a conocer su origen genético y aparece la figura jurídica del consentimiento libre e informado.

4. Familias y técnicas de reproducción humana asistida

Según Rossi (2017), las técnicas de reproducción humana asistida (en adelante, TRHA) varían según diagnóstico y especificidad de cada caso. Se conocen, así, los tratamientos de baja complejidad, tales como el coito programado, las estimulaciones ováricas y las Inseminaciones Artificiales (IA), y los tratamientos de alta complejidad, que comprenden la Fertilización In Vitro (FIV) y la Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI). Dependiendo del tipo de diagnóstico, los procedimientos serán realizados con

gametas propias (óvulos y espermatozoides de la pareja) o con gametas donadas (ovodonación y/o semen de banco, los cuales proceden de donantes anónimos). Además, existe otra alternativa a la concepción que es la gestación por sustitución. Esta aparece como posibilidad cuando el diagnóstico determina que la mujer no puede llevar un embarazo en su útero, como así también en los proyectos de familia mono u homoparentales (principalmente constituidas por dos hombres). Dicha práctica no está regulada en nuestro país y se encuentra a la espera de la sanción de una ley especial que la contemple y regule.

Con el nacimiento de Louise Brown, la primera «niña probeta», allá por el año 1978, las personas con dificultades para concebir encontraron en la reproducción asistida la solución a los problemas de fertilidad. La técnica que permitió este primer nacimiento fue la transferencia de un embrión producido a partir de la Fecundación In Vitro (FIV), mediante la cual se extrajo un óvulo de la paciente para unirlo con el espermatozoide de su pareja dentro del laboratorio. El embrión fecundado, luego de dividirse en cuatro células, se implantó en el útero de la madre.

Desde ese momento, las TRHA se convirtieron en un dispositivo facilitador e intermediario entre el deseo de formar una familia y los procedimientos para lograrlo. Además, introdujeron importantes cambios en la configuración familiar y en los lazos de parentesco al incluir la figura del donante anónimo y de la gestante sustituta en la escena filiatoria; cambios que pusieron en la mira la genealogía al suscitar la interrupción de la consanguinidad en el linaje: ahora el engendramiento y su producto (el embrión) dejaron de ser exclusivos del coito

heterosexual. En el campo de la subjetividad, entonces, la implementación del uso de las TRHA ha generado ciertos cambios en las categorías que se reconocen como propias de la especie; por ejemplo, permiten prescindir del acto sexual al desligar la procreación de la sexualidad y ponen en cuestión el ideal de familia predominante. En efecto, coexisten hoy familias monomarentales, monoparentales, pluriparentales, homoparentales, ensambladas, con triple filiación y heterosexuales con dificultades reproductivas (diagnósticos tales como baja respuesta ovárica, déficit en el espermatozoides, abortos recurrentes, fallos de implantación, entre otros); conformadas todas ellas por hombres y mujeres con voluntad procreacional que deben recurrir a la donación de gametos o de embriones e incluso a la gestación por sustitución.

5. Familias con perspectiva de género

¿Por qué elegimos la perspectiva de género para analizar las organizaciones familiares? Tal como afirma Reid (2019), la perspectiva de género es una herramienta aguda y tenaz que nos permite comprender que a cada género se le atribuyen ideales, modos de pensar, de sentir y de comportarse. Atribuciones que, como afirma Tajer (2009), no son ajenas a los cambios históricos y vinculares, ya que estos impactan en los modos de subjetivación de varones y de mujeres, y relacionan las exigencias e ideales sociales con la conformación de psiquismos. Es decir que los modos de constitución subjetiva y del sujeto psíquico en las distintas feminidades y masculinidades están atravesados por la época (Burin, 1998; Meler, 1994; Tajer, 2009); dichos modos hacen referencia a la relación existente entre las formas de

representación que cada sociedad instituye para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior, y las maneras en que los sujetos constituyen su singularidad (Bleichmar, 2005 citada por Tajer, 2009). Estos efectos se reflejan en las organizaciones familiares, su desarrollo y alteraciones.

El modo histórico tradicional de subjetivación incluye una relación asimétrica de roles y poderes entre los géneros. Las mujeres estructuraron su vida alrededor de los valores de la maternidad y la conyugalidad, dejando por fuera el desarrollo laboral o profesional hasta casi la mitad del siglo XX. Los hombres, en cambio, gozaban de mayores privilegios y de ellos se esperaba el éxito en la esfera pública: serían los encargados de la provisión económica y simbólica de sus hogares y del lugar social que alcanzara su familia.

En síntesis, el modo histórico tradicional de subjetivación femenina queda ligado a la sumisión y la obediencia, las cuales se convierten en el estandarte de la feminidad; y el modo histórico tradicional de subjetivación masculina queda ligado al dominio y al ejercicio de poder, cuya impronta es ser el proveedor y el sostenedor económico de la familia. Los efectos de dichas subjetivaciones responden al modelo tradicional de familia y no contemplan ninguna otra configuración que disienta en su estructura y dinamismo.

Más adelante, gracias a las características de algunas de las instituciones y modelos políticos del Estado Moderno, surgieron demandas a favor de las libertades individuales, entre las que se encontraban el conocimiento y el disfrute de nuevos derechos para las mujeres (Giberti,

2014); derecho a recibir educación sexual, a la libre opción sexual, al control sobre el propio cuerpo, a una sexualidad sana y a asegurar los medios para ejercer prácticas reproductivas. Estos fueron ganados por las mujeres pasada la segunda mitad del siglo XX y tienen su implicancia en la organización familiar contemporánea (Therborn, 2007). Es a partir de estos cambios, del ingreso al mundo laboral y a los diversos niveles de educación formal de las mujeres, que Tajer (2019) ubica el modelo de subjetivación histórico transicional. En este modelo, convergen los ideales de maternidad y conyugalidad como valores fundamentales de la feminidad en el ámbito privado, junto al desarrollo laboral y profesional de las mujeres en la esfera pública. Sin embargo, en el ámbito doméstico, las mujeres valoran que sea el hombre el principal proveedor económico y simbólico; por lo tanto, se prioriza el desarrollo profesional del varón aún en detrimento de la realización profesional de la mujer. Las subjetividades masculinas transicionales conservan las características de hombre proveedor, pero incorporan el afecto y la cercanía con los vínculos familiares y la pareja. En cuanto al ejercicio del poder en el ámbito privado, este continúa siendo del dominio masculino, aunque más atenuado. Este tipo de constitución subjetiva, afirma Navés (2019), facilita el surgimiento de conformaciones familiares disidentes en los que únicamente se naturalizan aquellos modelos que se desprenden de la familia nuclear (familias ensambladas, monoparentalidades, divorcios, separaciones de hecho, etc.), aunque con una mirada social punitiva y denigrante hacia la mujer divorciada o separada

de hecho. Al comenzar a legitimarse los derechos sexuales, irrumpen en la escena pública las uniones del mismo sexo y sus luchas por el reconocimiento.

Finalmente, a fines del siglo XX, comienza a resquebrajarse el binarismo patriarcal, emergen nuevas masculinidades y feminidades, se visibilizan los vínculos afectivos confiscados en la modernidad y su consecuente conformación familiar diversa. En este contexto de cambios, surgen otros modos de subjetivación femenino y masculino, modos innovadores, cuyo único patrón común posible de definir es la *diversidad*, en tanto incluye una variada gama de modalidades de construcción subjetiva (Tajer, 2009). En el caso del modelo histórico innovador de subjetivación femenina, la maternidad y la conyugalidad se plantean como una opción y no como un mandato, y la inclusión laboral se constituye en una condición para el autosustento. En estas mujeres, aparece el desarrollo de su autonomía y el ideal de trabajo coexiste con el de la maternidad, aunque suelen postergar la decisión hasta alcanzar un buen nivel profesional y económico óptimo para planificarla. En el caso de las masculinidades correspondientes a este modelo histórico de subjetivación, el éxito en el mundo público, la conyugalidad y la paternidad aparecen como una opción en la construcción de la masculinidad. En cuanto al ejercicio del poder, los varones reconocen el límite de sus derechos, manejan su impulsividad, no cometen abusos de poder e intentan integrar, entre sus habilidades, la capacidad afectiva y cultivarla. Según plantea Navés (2019), al desdibujarse la línea entre las características

atribuibles al género femenino y masculino, como sucede en este modo de subjetivación, se contempla la diversidad sexual y la institución familiar se despoja de todo rasgo patriarcal para ordenarse de otras maneras. Afirma Reid (2019) que:

...los posicionamientos subjetivos y relacionales que muestran que la vía posible para achicar la brecha de las desigualdades y las relaciones de poder entre varones y mujeres —y no solo en el marco de la conyugalidad heterosexual— dependerá de la capacidad de modificar los imaginarios y los acuerdos que sostienen y reproducen roles específicos de género en cuanto práctica de dominación patriarcal. (p. 86)

Al presente, las posibilidades que ofrecen las tecnologías reproductivas, sostenidas en las posiciones subjetivas innovadoras de hombres y de mujeres, dan lugar a configuraciones familiares diferentes, las que se suman a las organizaciones familiares disidentes que emergieron a partir de la segunda mitad del siglo XX y principios del siglo XXI. Son las conformadas por mujeres y hombres que eligen acceder a la maternidad/paternidad en soltería. Pero también parejas heterosexuales y parejas del mismo sexo, en las que los lazos de parentesco se sustentan en la voluntad procreacional y la consiguiente disociación de lo biológico y lo genético; son las familias formadas mediante las técnicas de reproducción humana asistida, que cuentan con la potencialidad de realizar el deseo de paternar.

Sin embargo, las configuraciones familiares y parentales diversas no se agotan en ellas. Renovadas formas alteran el régimen instituido: se trata de familias

transexuales o transgénero. Afirma Giberti (2014) que “el conflicto insuperable que padecen las personas *trans*, localizado entre el género asignado al nacer y el género deseado, desbarata el ordenamiento social que demanda filiar como macho y hembra a cada criatura recién nacida” (p. 288).

En las familias *trans*, explica Alaniz (2018), uno o ambos miembros de la pareja son personas *trans*, quienes para poder utilizar sus gametos debieron criopreservarlos antes de comenzar sus terapias hormonales y acceder a procedimientos quirúrgicos de reasignación de sexo (si fuese el caso). Quienes no hayan criopreservado sus gametos ni realizado reasignación de sexo, suspenden temporalmente sus tratamientos hormonales para obtener espermatozoides (en el caso de mujeres *trans*) u óvulos (en el caso de varones *trans*, quienes incluso podrían llevar adelante el embarazo), o bien utilizar gametos de donantes. Finalmente, esta autora afirma que “estas nuevas configuraciones familiares suponen entramados de nuevas relaciones, revisión de teorías y redefinición de conceptos que se diversifican y merecen ser tratados con altura y prudencia” (p. 208).

6. A modo de conclusión: una integración fundada

Como expresamos en el inicio del capítulo, nuestro propósito es reflexionar sobre las nuevas organizaciones familiares, sus cambios y permanencias a la luz de las transformaciones en tecnología médica. Durante el recorrido, hemos dado cuenta de la transmutación que ha atravesado y sigue atravesando la institución familiar en el plano de lo simbólico. Pero ¿qué permanece constante?

¿Qué hace que la familia, más allá de su estructura, siga siendo de vital importancia para la sociedad? Su función: introducir al cachorro humano en la cultura.

Tal como lo ha propuesto la Teoría general de los Sistemas, donde la familia es concebida como un sistema abierto, es decir, en constante cambio e influido por su contexto, argumentamos que todos los sistemas que son abiertos poseen diversas propiedades. Entre ellas, resaltaremos dos que resultan claves: la homeostasis y la morfogénesis. Se entiende por homeostasis a la capacidad que portan los sistemas para mantenerse estables a lo largo del tiempo. Por su parte, la morfogénesis integra los cambios provenientes del contexto, promueve el crecimiento y el redireccionamiento hacia un orden superior. Así, la familia posee la capacidad y el valor de transformarse tanto a lo largo del tiempo como “unidad”, como también en función de los diversos marcos epistemológicos y sociales que la atraviesan.

En la actualidad, las funciones parentales suelen estar fragmentadas y repartidas entre varios sujetos. Las relaciones interpersonales son básicas y fundantes para el ser humano, ejercen un papel fundamental en la supervivencia de la especie y son el factor esencial en la formación de la personalidad del individuo, por lo que el sujeto puede ser descrito en función de la manera en que interactúa con su entorno (Wolman, 1968). Cuando hablamos de relaciones interpersonales, ineludiblemente incluimos a los vínculos amorosos, los cuales simbolizan un intercambio de seguridad, cuidado y sexualidad entre los integrantes de una pareja (Hazan y Shaver, 1990).

John Bowlby (citado por Di Bártolo 2016) propone el concepto de apego, que implica un vínculo emocional

creado por un/a niño/a con sus cuidadores primarios, quienes le otorgan la seguridad que resulta imprescindible para el buen desarrollo de su personalidad. El apego se funda en la disponibilidad de dichos cuidadores, sumado a la habilidad de conexión que el infante pueda establecer con las figuras primarias de afecto; esta tendencia a entablar vínculos emocionales cercanos forma parte de la naturaleza humana. En su reciente investigación, Hernández, Michel y Adames Melo (2018) han demostrado que el estilo de apego en parejas homosexuales románticas y no románticas es un apego seguro, lo que demuestra que la capacidad para crear un apego seguro es independiente de quién o quiénes lo ejercen; es decir, que no es exclusivo de la pareja heterosexual.

Como corolario, entendemos que abordar a las familias desde una perspectiva de género conlleva la comprensión de que, sin importar el modo en que se configure internamente este grupo de personas (mono-homo-hetero-mater-pater) que se eligen para ser familia, lo fundamental es establecer vínculos amorosos que favorezcan un apego seguro, el cual promoverá el crecimiento de individuos mental y emocionalmente saludables.

La inclusión del concepto de perspectiva de género complementa, de esta forma, el análisis de los modelos familiares, en tanto se adecua a las exigencias, deseos y necesidades actuales para la construcción de una familia diversa que pueda desarrollarse de una manera sana y funcional.

Referencias bibliográficas

- Alaniz, R. (2018). Gestación por sustitución y diversidad familiar. En *Gestación por sustitución: Un abordaje interdisciplinario*. Navés, F.; Moscuza, C.; Tomás Moro, M.; Barontini, G.; Szkolnik, I. (Comps.). Buenos Aires: Edición de Autor.
- Burin, M. (1996). Género y Psicoanálisis. Subjetividades femeninas vulnerables. En Mabel Burin y Emilce Dio Bleichmar (Comps.). *Género, psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby J. (2016). Bases de la teoría del apego. En Di Bártolo (Comp.). *El apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos. Clínica, investigación y teoría*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I. La Voluntad del Saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Ed.
- Giberti, E. (2014). *La familia, a pesar de todo*. Buenos Aires: Noveduc.
- Gómez, Lamont y Silva-Aragón (2019). La terapia familiar sistémica y la Comunidad LGTB+. Misiones: UNAM.
- Hazan, C. y Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 270-280.
- Hernández P, Michel C y Adames Melo J. (2018). Estilos de Apego en las Relaciones Románticas y no Románticas en Hombres Homosexuales. En INTEC, recuperado de <https://www.researchgate.net/>

- Jelin, E. (2007). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. Capítulo IV. En Irma Arriagada (Coord.) (2007) *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*, 93-123, Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- Kemelmajer de Carlucci, A. (2014). Las nuevas realidades familiares en el Código Civil y Comercial argentino. *Revista Jurídica La Ley*.
- Lorenzetti, R. L. (2012). Aspectos valorativos y principios preliminares del Anteproyecto de Código Civil y Comercial de la Nación. *Revista Jurídica La Ley* 2012-C, 581.
- Meler, I. (1994). Parejas en transición: entre la psicopatología y la respuesta creativa. *Actualidad Psicológica*, 214.
- Minuchin y Fishman (1988). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Navés, F. (2019). Nuevas familias ¿Nuevas narraciones? Inédito.
- Rossi, P. (2017). La psicología de la reproducción asistida. Cómo puede ayudar la psicología a las personas con problemas de infertilidad. *Psyciencia*. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/la-psicologia-de-la-reproduccion-asistida/>
- Reid, G. (2019). *Maternidades en tiempos de des(e)obediencias. Versiones de una clínica contemporánea*. Buenos Aires: Nodebuc.

- Tajer, D. (2009). *Heridos Corazones. Vulnerabilidad Coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Therborn, G. (2007). Familias en el mundo. Historia y futuro en el umbral del siglo XXI. Capítulo I. En Irma Arriagada (coord.) (2007). *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*, pp. 31-59, Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- Wolman, B. (1968). *Teorías y sistemas contemporáneos en psicología*. Editorial: Martínez Roca.

Capítulo 4

MATERNIDADES LESBICAS Y SEMEN DONADO: SIMBOLIZACIONES EN PUGNA

Guadalupe Romero

1. Introducción

El presente artículo apunta a retomar y profundizar en uno de los aspectos analizados en la tesis de licenciatura “Maternidades lésbicas en construcción” (2019), la cual constituye un estudio exploratorio sobre parejas de lesbianas del Área Metropolitana de Buenos Aires que recurren a TRHA como medio para concebir y posteriormente criar. Este se basó en una serie de entrevistas a seis lesbianas que habían encarado este proyecto familiar y se encontraban transitando alguno de estos tratamientos o ya habiéndolos finalizado. De estas entrevistas se seleccionaron algunos recortes que luego fueron interpretados en función de abrir algunas puertas para pensar en los desafíos a los que se enfrentan estas mujeres en el camino hacia la maternidad.

En artículos anteriores, establecimos que la heteronorma continúa ejerciendo efectos en las prácticas que se llevan a cabo en los centros reproductivos, más allá del avance legislativo, y que insiste y reaparece en los modos de concebir la maternidad dentro de la pareja lesboparental. Esto tiene sentido en tanto la presunción de heterosexualidad constituye un régimen sociopolítico, por lo que funciona de base y logra inmiscuirse en todos los aspectos de nuestra vida. Construir escenarios que propongan líneas de fuga a este sistema constituye un reto

para estas personas y estas comunidades, pero en esos movimientos se juega para ellas su propio bienestar subjetivo.

En esta ocasión, el foco estará puesto en las distintas formas en las que estas parejas significan al donante de semen, en tanto este último emerge como una figura novedosa y muchas veces controvertida a partir de las nuevas posibilidades de configuración familiar que surgen con las técnicas de reproducción asistida. Dependerá de cada familia qué lugar se le asigna en la construcción mítica sobre el origen que luego ordenará la historia del individuo (Kletnicki, 2006). A partir del rastreo y el análisis de estas significaciones en las entrevistas, proponemos algunos lineamientos que no pretenden ser excluyentes ni exhaustivos, y que tampoco se presentan en forma única o pura en cada caso.

2. Desarrollo

2.1. El fantasma del donante de semen: la genética como amenaza

El aportante de semen viene a proporcionar el gameto faltante para la concepción. En los casos de familias lesboparentales, esto ocurre debido a una falta estructural. Sin embargo, esta sustancia resulta, en algunos casos y momentos, vehículo de cuestiones que exceden a lo puramente “celular”. En ella, lo que se transfiere es, también, el ADN de esta persona. Y aunque la aclaración pueda resultar obvia, no lo es tanto, debido a que tradicionalmente el semen es filiador. El aspecto genético y sus implicancias tendrán diferentes modos de conceptualizarse en el seno de cada familia. El resultado de esta operación tendrá, necesariamente, ciertas

repercusiones en la manera de concebir la crianza, en la concepción del vínculo con le niño, entre otras cuestiones.

Según Imaz (2016), las familias comaternales tienen algunas características definitorias: la ausencia del padre y la diferencia en la entrada a la parentalidad entre la persona gestante y la no gestante. En nuestra sociedad, esta distinción no es neutra y posee sus implicancias, lo que determina que sea necesario para estas personas lo que Trujillo y Falguera Ríos (2019) denominan como reinención de la maternidad, en tanto deben superar la deslegitimación del lugar de la madre no gestante para que esta pueda aproximarse a su rol lo más exitosamente posible. Para esta persona, construir su rol representa un desafío en tanto debe desarmar, al menos en parte, la importancia de lo genético en la filiación. La concepción heteronormativa sobre cómo se forman las familias se encuentra arraigada de tal forma que requiere del trabajo subjetivo para concebir otros modos de crianza.

Una de las primeras cuestiones que sale a la luz respecto al donante consiste en que, a pesar de que las entrevistadas han acudido a un donante anónimo, todas han considerado o pensado en algún momento en un donante conocido y cercano a ellas. Podría pensarse que elegir como donante a alguien con quien se posee un vínculo afectivo implica una elección por afinidad, similar a como, se supone, se elige una pareja. Sin embargo, esta decisión se pone en cuestión en tanto implica la posibilidad de un contacto más familiar o cotidiano, alguien a quien le niño pueda llamar “padre” y la amenaza de que debido a la consanguinidad se imponga por sobre la progenitora no gestante. Elegir un donante conocido implica el encuentro constante con esta amenaza.

Por una parte, como se ha dicho anteriormente, la inexistencia de padre es parte de la configuración familiar: “La donación incluye la renuncia explícita al vínculo que el semen transmite. En consecuencia, la ausencia de un padre no es vivida como carencia” (Imaz, 2006, p. 94). Sin embargo, las formas tradicionales de concebir el parentesco pueden volverlo un fantasma, que amenace con encarnar en la figura del donante. De este modo, renunciar a un donante conocido es una manera de intentar mantener alejada esta posibilidad:

Queríamos minimizar la posibilidad de que existiera alguien que pudiera reclamar un rol de padre. (Entrevistada 4, 18 de septiembre de 2019)

Por otra parte, lo que se observa en estos casos es la voluntad de estructurar el proyecto familiar en torno a la pareja parental. La exclusividad de la relación paternofilial es una de las principales presunciones sociales y culturales, y así se refleja en la ley (Jociles y Rivas, 2016). Sin embargo, si bien el Código Civil y Comercial limita en su artículo 558 la cantidad de vínculos filiales posibles a dos, ya se ha sentado jurisprudencia a favor de la triple filiación¹. De cualquier manera, como bien señala Imaz (2016), más allá de que las familias lesboparentales que maternan pongan en cuestionamiento la institución familiar en tanto la figura paterna no es imprescindible, no se aleja excesivamente del modelo, ya que sigue siendo la pareja de adultos monogámica quienes toman la responsabilidad y los derechos sobre los hijos.

¹ El primer caso fue en el 2015, en Mar del Plata. Más recientemente, en Tucumán, en febrero de 2020. Para más información, se puede consultar: <https://tinyurl.com/ukbz9br> y <https://tinyurl.com/tb69e4l> respectivamente.

No queríamos que tuviera ningún arraigo emocional ni con nosotras ni con él. Entonces después decidimos hacerlo con un donante anónimo. (Entrevistada 3, 12 de septiembre de 2019)

No queríamos ni involucrar un tercero siendo un donante no anónimo o un amigo, porque no queríamos involucrar a alguien más. (Entrevistada 6, 30 de octubre de 2019)

Las maternidades lésbicas, entonces, subvierten la lógica de complementariedad binaria que subyace a la concepción tradicional de crianza, pero la búsqueda parece ser la de conservar esta estructura de dos. De este modo, mientras sea necesario protegerse de la intromisión de un padre, la decisión más acertada para estas parejas parece ser la elección de un donante anónimo. En este sentido, también pesa la circunstancia del parecido físico. Este, tradicionalmente, otorga legitimidad social al parentesco: los rasgos físicos compartidos subrayan la pertenencia a la misma familia (Landeira, 2016). En una situación como la descrita, la cuestión del parecido con la persona que aporta el semen unida a su cercanía presenta un potencial peligro, en tanto podría generar confusiones a la mirada externa y repercutir, a su vez, en la identificación de la niña con este.

Ella quiere que el donante sea anónimo porque yo a mi amigo lo voy a seguir viendo, y qué va a pasar cuando el nene lo vea... Y si se parece... (Entrevistada 1, 29 de agosto de 2019)

De este modo, para poder circunscribir el proyecto familiar a las integrantes de la pareja que ha decidido maternar, el siguiente desafío consiste en desarticular en gran medida la influencia de lo biológico en la constitución del vínculo filial.

2.2. El donante cosificado: solo es una célula

La intrusiva —pero inevitable, para procrear por este medio— existencia del donante implica la necesidad de realizar un trabajo de simbolización de cómo se conceptualiza este tercero que viene a aportar sus genes. Se observó que aquellas entrevistadas que manifiestan estar dispuestas a aceptar y acompañar la decisión de contactar al donante si le niñe así lo deseara (y si eso fuera posible), lo harían desde la seguridad de haber transmitido que la familia se construye a partir del deseo, del amor y de los cuidados:

No sé, yo siempre pensé que los vínculos son entre las personas. Yo estoy tranquila de que estoy construyendo un vínculo de madre con mi hijo. Si el día de mañana él necesita responderse algunas cosas y contactar al donante para resolver algunos mambos e inquietudes, que lo haga, eso no va a afectar mi relación con él. El donante (...) no es el cuco. El chabón es un chabón que tiró esperma en un frasco y le dieron plata, no creo que quiera responsabilizarse emocionalmente de una persona. (...) El donante para mí era el frasco de esperma, fin. No me ponía a imaginarme cómo era” (Entrevistada 4, 18 de septiembre de 2019)

Después, nada, para mí es como si no existiera. Es como si me hubiera hecho un tratamiento y me hubieran dado cinco vacunas... (Entrevistada 5, 18 de septiembre de 2019)

La familia de M somos ella y yo, punto. El donante es necesario porque si no, no se puede gestar, punto. No hay más información que a nosotras nos interese. (Entrevistada 6, 30 de octubre de 2019)

A su vez, este modo de conceptualizar al donante lo desubjetiva, lo cosifica, y de este modo se mantiene afuera del montaje familiar. “Las sustancias vinculadas a la procreación son vistas como algo ajeno al propio proyecto de procreación, elementos necesarios aunque secundarios al proyecto procreativo. (...) Pierden capacidad de transmitir identidad y de generar la relación de parentalidad” (Imaz, 2016, p.40). La consanguinidad deja de ser determinante y toman valor las prácticas vinculadas al compartir (Landeira, 2016). El deseo se vuelve aquello que fundamenta las familias, el cual toma sustento jurídico en la figura de la voluntad procreacional y en cambio es el deseo, la intención, lo que filia. Se diferencia así, con claridad, el aporte de una célula germinal de la persona que la aportó (Kletnicki y Alfaro, 2013). Podría decirse que la despersonalización del donante facilita el traslado de la “verdad” ligada al origen desde la célula germinal a la voluntad procreacional. La amenaza parece reducirse.

La medicalización de la reproducción, la institucionalización de la donación mediante la intervención de la clínica y los bancos de semen generan mayores seguridades en tanto “la protección de su identidad evitaría que se vea conmocionada alguna arista de la filiación” (Kletnicki y Alfaro, 2013, p. 119).

2.3. La genética como salvaguarda

Al mismo tiempo que esta vinculación genética se presenta por momentos como un potencial peligro, existen algunos mecanismos que permiten “aproximar los lazos biogenéticos, como crioconservar semen de un mismo donante para ser utilizado en la concepción de todos/as sus

hijos/as (...), o elegir un donante con características fenotípicas similares a la madre no gestante” (Landeira, 2016, p. 10).

Es así como los distintos modos en que la genética se significa se presentan, en algunas oportunidades, conviviendo: por un lado, se genera un desinterés respecto al donante y por otro, se busca concebir hermanos que compartan la carga genética de ese donante, que es desconocido y generalmente inaccesible (Imaz, 2016).

Con todas las situaciones de salud que tuvo mi hijo, empezamos como a pensar más estratégicamente si se quiere, que estaría bueno que mi hijo y el feto tengan algo genético en común, porque si el día de mañana tiene un problema de salud alguno de los dos, como poder compartir algo de material genético, entonces por eso fue que recurrimos al mismo donante” (Entrevistada 4, 18 de septiembre de 2019)

Así, la genética toma otro sentido cuando aparecen problemas de salud, y este tipo de vinculación se conceptualiza como una *ventaja*. Se vuelve un instrumento que se considera beneficioso, con el que se apunta a reducir lo más posible la intervención del azar. La genética se vuelve un respaldo, un recurso proyectado al futuro.

2.4. El donante como ambivalente

Por último, esta sensación de riesgo que despierta la existencia del donante puede convivir al mismo tiempo con otras que pueden catalogarse como contradictorias. De esta manera, otra de las significaciones rastreadas respecto del donante de semen lo ubican como figuras ambivalentes

para estas parejas, ya que estos despiertan tanto sentimientos de agradecimiento como sensación de peligro ante la amenaza a la integridad familiar (Jociles Rubio, 2016).

Es una persona que posibilitó que yo tuviera un hijo porque yo no le pude poner el esperma a ella adentro para que pudiera estar embarazada, y porque conozco a mi hijo y lo amo no puedo no estar agradecida con esa persona o sentir cosas por esa persona más allá de que no la conozca o no sepa quién es. (...) Yo no quiero saber porque no quería estar pensando en eso, en esa persona innecesariamente. Pero sí me pasa todo eso; si lo veo lo abrazo y le doy un montón de besos. Esa es mi sensación” (Entrevistada 3, 12 de septiembre de 2019)

Y sí pienso en el donante, y sí me parece terrible por momentos y me aterra, y me aterra. Por más de que yo quisiera que mi hijo pudiera acceder a tomarse una birra con el donante, porque ¿quién soy yo para decirle lo contrario? (Entrevistada 1, 29 de agosto de 2019)

Llegado este punto, es factible observar que las formas de significar al aportante de semen (y a la sustancia que proporciona) que despliegan las parejas lesboparentales poseen diversos puntos de encuentro con las maneras en que lo hacen las parejas heteroparentales, como es este caso. Sin embargo, se puede pensar que las diferencias estructurales entre unas y otras determinan distintos puntos de partida para ambas. Como se dijo anteriormente, la figura de ese “tercero” que emerge como

eslabón necesario en la concepción, cuando esta constituía tradicionalmente una actividad reservada para dos, está presupuesto de antemano para las lesbianas que desean embarazarse y maternar. En cambio, para las parejas heterosexuales, esta aparición posee implicancias distintas: la existencia de un déficit. Esto no significa que no exista también para las primeras un duelo por realizarse.

A su vez, la marca en la subjetividad que implica el reconocerse como minoría sexual y entender que estas formas familiares aún se encuentran con algunas hostilidades (Trujillo y Falguera Ríos, 2019); el impacto de formar parte de una sociedad donde la salida del closet se constituye como un momento fundacional para comenzar a vivir los propios deseos en libertad y el desafío de maternar cuando se cuestiona la capacidad de una pareja de lesbianas para realizarlo (Schwartz, 2008), son circunstancias que deben tomarse en cuenta a la hora de pensar en los puntos de partida. Aunque los “resultados” puedan presentarse como similares, los recorridos necesarios para llegar hasta ellos son bien disímiles.

3. Comentarios finales

Para finalizar, quisiera traer el concepto de “nuevos montajes familiares” que desarrolla Claudio Godoy (2018), con el cual se refiere a las configuraciones que surgen en paralelo a la crisis de la familia patriarcal tradicional, cuyos restos continúan vigentes hoy en día. Esta conceptualización apunta a considerar a las familias como un ensamblado, como un puzzle que debe encontrar su modo singular de resolverse en cada caso. Las

categorías clásicas comienzan a ponerse en cuestión, y esto habilita nuevos anudamientos, donde las funciones parentales se reorganizan y pierden el sustento sobre la división binaria de género.

De este modo, en lo que se hace hincapié no es sino en el ejercicio de las funciones parentales: en los cuidados, en el nombramiento, en el coto al goce, donde se transmitirá de una u otra manera la marca que abra el lugar para que esta persona se incorpore a la estructura familiar y a cómo se significará el mundo. Es en la afirmación del deseo sobre ese hijo, en su libidinización, que esto puede llevarse adelante, la cual no está garantizada por la consanguinidad o la continuidad genética. Lo que produce el lazo entre el “momento genitor” y el “momento simbólico” se basa en la experiencia del reconocimiento de ese hijo como propio (Derrida, 2009).

Es posible pensar que en parejas de lesbianas, al hacerse evidente la necesidad de recurrir a un tercero que aporte la sustancia necesaria para la fecundación, el foco de la cuestión radique en lograr ese embarazo en un contexto jurídico favorable, algo que para este grupo era imposible de concebir algunas décadas atrás. Las cuestiones relacionadas con el fenotipo, el lugar de la genética y de lo biológico se significan de distintos modos y atraviesan contradicciones al interior de las parejas y de la subjetividad de sus integrantes, pero a fin de cuentas existe un intento de desarticular su preeminencia para darle lugar a otro tipo de lazos.

Referencias bibliográficas

- Alvado, M. A. (18 de febrero de 2020). Triple filiación: un fallo reconoce que una nena tiene una mamá y dos papás. Telam. Recuperado de: <https://www.telam.com.ar/notas/202002/433095-triple-filiacion-mamas-papas-pluriparentalidad-tucuman-jueza.html>
- Derrida y Roudinesco (2009) Capítulo 3: Familias desordenadas. *Y mañana qué....* Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Falguera Ríos, M. (2018). Deseos, semen y bebés. Técnicas reproductivas y comaternidades lésbicas. Papeles del CEIC. *International Journal on Collective Identity Research*, 2018/2(197), CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), UPV/EHU Press. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.18862>
- Godoy, C. (2018) Montajes familiares: síntoma, ficción y real. En Ormart, E (Comp) *Cuerpos y familias transformados por las TRHA* (pp 62-66). Buenos Aires, Argentina: Letra viva, 2018.
- Imaz, E. (2016) Igualmente madres. Sentidos atribuidos a lo biológico, lo jurídico y lo cotidiano en las maternidades lesbianas. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 21(2), Barcelona: ICA, pp. 79-90. ISSN 169-8298.
- Imaz, E. (Diciembre 2006). La maternidad en el seno de las parejas lesbianas: cambios, continuidades y rupturas respecto a los modelos familiares y maternos. *Arxius*, 15, 89-100.

- Infobae (23 de abril de 2015). Anotaron al primer bebé con triple filiación en la Argentina. Infobae. Recuperado de <https://www.infobae.com/2015/04/23/1724315-anotaron-al-primer-bebe-triple-filiacion-la-argentina/>
- Jociles Rubio (Ed.) (2016) *Revelaciones, filiaciones y biotecnologías*. Barcelona, España: Edicions bellaterra.
- Jociles, M. I. y Rivas, A. M. (2016). Cambios en la concepción y representación del parentesco. *Ankulegi*, 20, 63-78.
- Kletnicki, A. (2006). Tecnologías de reproducción asistida: ética y desarrollo científico. Trabajo presentado en *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-039/27>
- Kletnicki, A y Alfano, A. (2013). LAS TECNOLOGÍAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA COMO NUEVA FUENTE DE LA FILIACIÓN. Trabajo presentado en *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-054/31>

- Landeira, F. (2016). Experiencias y sentidos de maternidad y familia de mujeres lesbianas con hijos/as concebidos/as mediante tecnologías de reproducción asistida. *VIII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/florencia.paz.landeira/8>
- Schwarz, P. (2008). Las lesbianas frente al dilema de la maternidad. En Pecheny, Mario; Figari, Carlos; Jones, Daniel, *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*, Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.
- Trujillo Barbadillo, G., y Falguera Ríos, M. (2019). Es una maternidad que hay que reinventar: madres lesbianas, técnicas de reproducción asistida y retos a los que se enfrentan. *Política Y Sociedad*, 56(2), 361-380. Recuperado de <https://doi.org/10.5209/poso.60557>

Capítulo 5

LA GESTACIÓN SUBROGADA: UNA LECTURA DEL “USO DEL CUERPO” DE AGAMBEN

Haydeé Montesano

1. Introducción

Una de las características que se pueden observar en el campo generado a partir de las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida —TRHA— es el desagregado de términos que, hasta ese momento, resultaban inseparables; tal es el caso de la sexualidad asociada a la reproducción. A partir de allí, un listado de elementos específicos configura el conjunto que participa en la continuidad del linaje. Óvulos, espermatozoides y útero pueden operar sobre la base de la disociación de las funciones parentales: ya no es imprescindible que una mujer asuma la maternidad a partir de sus óvulos y útero, como así tampoco un padre se define por el aporte de los espermatozoides.

Esta nueva modalidad de construir el hecho reproductivo ha implicado necesariamente un cambio en el campo de la subjetividad; sea en términos de aceptación o rechazo, estas prácticas forman parte de lo ofertado por la realidad para pensar la concepción humana.

Por lo tanto, podemos sostener que este nuevo orden simbólico permite discriminar de forma novedosa entre los distintos elementos que participan de la reproducción, por lo que plantea así nuevos sentidos y significados para cada uno de ellos.

A su vez, si hemos señalado una modificación en el campo subjetivo, necesariamente habrá que considerar que la lectura e interpretación del nuevo escenario tecnológico ha implicado el surgimiento de nuevas categorías conceptuales que interpelan el saber estabilizado en el estado del arte hasta ese momento. Las vías que se

abren para responder esas interpelaciones dependerán, a su vez, de la posición epistemológica con la que se piensen estas instancias de cambios tan radicales. En definitiva, el advenimiento de estas nuevas condiciones tecnológicas tensionan el paradigma vigente, no solamente en lo que refiere al campo de la ciencia médica en general y la reformulación de los criterios jurídicos que se ajustan a estos cambios, sino en lo particular que nos ocupa: la subjetividad.

En ese sentido, el análisis propuesto es desde el discurso del psicoanálisis, que evidentemente implica una posición epistemológica particular. Se trata de una posición apoyada en la noción de discurso, tal como se define en la enseñanza de Jacques Lacan y en las categorías con que se piensa lo “real”.

A grandes rasgos, la noción de discurso en juego implica que “hay discursos”; por lo tanto, cada discurso, según el campo que formula, construye una realidad posible. En este sentido, no consideramos que cada discurso diga algo respecto de una totalidad preexistente a la que se la parcializa con cada decir; sino que planteamos un criterio que sostiene que cada discurso efectúa una realidad completa pero no total.¹

Relacionado con esto, es imprescindible distinguir “realidad” de “real”, dado que para validar que la realidad es una construcción, es necesario considerar que no existe una realidad objetiva ajena a cualquier sistema discursivo y existiendo en tanto tal. Pero la destotalización del saber que implica esta concepción del discurso indica que aquello que funciona de referencia —lo real, aquello de lo que se habla— se define como “imposible” de ser dicho. Ahora bien, esta imposibilidad solo es efecto de poder establecerla en relación con un orden simbólico que cuenta con los términos para escribir dicha imposibilidad; por lo tanto, es un imposible fundado por el efecto del

¹ Una manera de comprender esta afirmación es considerar la noción de “batería”: por ejemplo, una batería de cocina de seis piezas está tan completa como una de doce. Esto implica que no están en juego nociones de totalidad.

significante y su lógica. Para decirlo en los términos de Lacan, se trata de un imposible de estatuto lógico-matemático; por ejemplo, un bípedo de tres patas.

De alguna manera, la breve síntesis expuesta permite trazar a grandes rasgos dos posiciones diferenciables desde las que se piensa el advenimiento de las TRHA. La recién presentada necesariamente se plantea como opuesta a la postura más tradicional, de corte naturalista. Esta última constituye un modelo que entraña no solamente la determinación de la subjetividad por lo biológico, sino que se articula con la noción ontológica², que establece el *ser* como elemento previo a cualquier existencia. Por lo tanto, la condición de la existencia se determina según la anatomía y la “correspondiente” función asociada: ser hombre, ser mujer, ser madre, padre, etc.

Al recapitular, podemos sostener que las TRHA constituyeron un punto de inflexión que conmocionó el modelo hegemónico naturalista, en tanto proveyeron nuevas significaciones para los términos que, desde esa perspectiva, ordenaban como universo cerrado la continuidad del linaje humano. La mujer, el hombre, el hijo, el sexo y el amor quedaron interrogados en una doble vertiente; por una parte, pusieron en cuestión que cada término pudiera ser concebido como algo en sí mismo. Por la otra y relacionado con lo anterior, si cada término solo es pensable en su relación con los otros (los cuales surgen del paradigma que organiza el campo), advertimos que ingresan con distintos valores según la relación que los articula.

Una primera lectura nos permite establecer que ha quedado de manifiesto el orden simbólico; tanto en la posición que expresa a lo simbólico como fundamento de la subjetividad, como en la que sostiene que la naturaleza determina la condición ontológica de cada

² Planteamos la “ontología” según los cánones que la definen como la pregunta sobre el *ser* en tanto *ser*.

término. En este segundo caso, de cualquier manera, se omite que siempre existe un orden simbólico que organiza los términos según una legalidad específica. Para este paradigma, esa legalidad es la biología y la ontología.

Es, entonces, sobre la base de la perspectiva de los discursos que nos proponemos analizar el lugar que ocupa una de las prácticas posibles en el campo de las TRHA: la gestación por sustitución. Esta modalidad surge como opción cuando quien intenta asumir el lugar materno no puede sostener la gestación en su útero. En estos casos, una mujer transita el embarazo hasta el momento del nacimiento, sin que esto implique alguna forma de vínculo parental.

2. Desarrollo

2.1. La gestación subrogada y su relación con el concepto de cuerpo

Uno de los primeros aspectos para señalar sobre esta práctica es su localización en una zona gris en relación con el campo jurídico; si bien hay legislaciones que prescriben su aplicación o que explícitamente la prohíben, en el conjunto general sencillamente no queda reglamentada.

Esta condición de alguna manera acentúa y aporta elementos particulares a los debates que suscitan las TRHA, tanto en sentido amplio como en el caso específico de la de la gestación por sustitución. .

Uno de los cuestionamientos más sostenidos parte de esta particularidad jurídica que, dentro de un contexto caracterizado por un capitalismo brutal, ha generado que quienes cuentan con posibilidades económicas frecuentemente recurran a la procuración fronteras afuera de personas dispuestas a brindar su capacidad reproductora en un

marco jurídico habilitante. En esta línea, la oposición a la gestación subrogada se proclama como denuncia a la explotación de mujeres pobres que exponen su cuerpo a los riesgos de los embarazos.

Sin ahondar en los diversos debates planteados y tomando en cuenta lo precedente, podemos establecer que uno de los ejes que articulan el debate sobre esta práctica es el cuerpo y su uso; de un lado, quienes lo diagnostican en términos de cosificación de cuerpos femeninos explotados por la lógica de la hegemonía patriarcal y, del otro lado, quienes afirman que cada mujer es dueña de su cuerpo y de la decisión de su uso.

Es este aspecto el que nos interesa analizar, sin que esto implique apostar a definir cuál de los dos argumentos planteados es el correcto; la intención es, en todo caso, poner en tensión la noción misma que ordena el eje —el cuerpo y su uso— para deconstruir la condición opositiva de argumentos que derivan necesariamente por sí o por no.

Para enmarcar el desarrollo de este punto, es necesario partir de la concepción y registro de la “vida”, en función de establecer el contexto en el que presentaremos el tema del cuerpo.

Por una parte, podemos entender la “vida” en sentido corriente, distinguible de la modalidad que la percibe como un “hecho científico”, que no verifica relación con la experiencia del *viviente singular*. Cierta condición anónima y genérica sobre la vida se expresa en tanto “puede designar un espermatozoide, una persona, una abeja, una célula, un oso, un embrión” (Agamben, 2017, p.19).

Esta generalidad reduce “vida” a un registro de “supervivencia”, lo que lleva a abolir su articulación a la “vitalidad” o la “forma-de-vida”.

El diagnóstico expresado remite a la concepción biopolítica de los Estados que tomó a su cargo y control lo que Agamben designa

como *nuda vida*: la vida desnuda que no implica una hipotética vida natural, sino una construcción despojada de subjetividad. El efecto de esta intervención biopolítica ha borrado el límite entre lo público y lo privado: expropió de la esfera pública lo político y desdibujó la intimidad de lo privado, lo que cifró en el cuerpo la expresión más despojada de la vida desnuda.

La última publicación de Giorgio Agamben —*El uso de los cuerpos*—, en la que continúa el desarrollo de la conceptualización del *Homo Sacer*, ubica como uno de los ejes centrales el análisis de la expresión “el uso del cuerpo”. Dicha expresión forma parte del comienzo de *La política* de Aristóteles, en donde trata de definir la naturaleza del esclavo.

Allí, en primera instancia, se dedica a establecer la composición de la ciudad para luego ingresar al tratamiento del dominio de la política. En ese sentido, la ciudad se compone de familias o casas [*oikiaí*]. La familia, en su forma perfecta, se organiza en tres formas de relación: la despótica —entre amo y esclavo—, la matrimonial —entre marido y mujer— y la parental —entre el padre y los hijos—.

De las tres relaciones, solo la despótica es la que tiene un nombre propio, dado que las otras dos, según Aristóteles, son anónimas. Este dato explica el interés que le otorga a esta en el comienzo del tratado sobre la política; dado que, según será desarrollado, la condición que se cumple en la relación despótica es la de hacer posible que los hombres libres desempeñen la vida política o vida humana por excelencia. Es en este punto donde se ubica la expresión “el uso del cuerpo” como central en esta relación.

Para abordar su significado, primero habrá que especificar algunas ideas que configuran la lógica de las nociones en juego.

Un primer aspecto que define al esclavo es el de constituirse como “un ser que pese a ser humano, por naturaleza es de otro y no de sí”. Frente a esto, se le impone a Aristóteles la justificación por vía del “mando”; en ese sentido, se explicita que:

El alma manda al cuerpo con un mando despótico, mientras que el intelecto manda al apetito con un mando político o regio. [...] es conforme a la naturaleza y conveniente para el cuerpo ser mandado por el alma y para la parte pasional ser mandada por el intelecto y por la parte que posee la razón. [...] Por lo tanto, lo mismo debe suceder también para todos los hombres” (Agamben, 2017, p.26)

De esto se deduce una equiparación que localiza en el ámbito doméstico los términos de la relación despótica, en tanto el amo es al esclavo como el alma al cuerpo; en cambio, la relación intelecto-apetito es parte del ámbito de la ciudad y por esa razón es política.

A su vez, para comprender el alcance de la definición que marca al esclavo como el que es de otro y no de sí, habrá que incluir la otra afirmación de Aristóteles, ya que también define al esclavo como “el ser cuya obra es el uso del cuerpo” (Agamben, 2017, p.28).

Esto guarda una implicancia específica, dado que en la *Ética nicomáquea* se plantea que: “la obra del hombre es el ser-en-obra del alma según el logos” (Agamben, 2017, p.28); de modo tal que, aunque para Aristóteles no haya discusión sobre la humanidad del esclavo, resultaría que hay hombres cuya obra no es estrictamente humana o, al menos, no es como para otros hombres. Al comparar las dos fórmulas —la del hombre libre y la del esclavo—, se observa que se yuxtaponen: “ser-en-obra [*enérgeia*]” y “uso [*chrêsis*]” con alma y cuerpo respectivamente, y se articula de este modo lo ético con lo ontológico. Esta articulación se vincula, al mismo tiempo, con la idea de “felicidad”, que Aristóteles define como: “es un ser-en-obra y un cierto uso perfecto de la virtud” (Agamben, 2017, p.31), de manera que la perspectiva ética y la ontológica se integran y condicionan recíprocamente.

A su vez, surge como cuestión la pregunta por la condición o naturaleza de un cuerpo que se corresponda con el del esclavo. Al respecto, Aristóteles lo describe desde la “física” y no desde lo dialéctico (Agamben, 2017, p.34). Ese fundamento físico implica la pregunta sobre una posible diferencia corporal entre el amo y el esclavo, lo que conlleva a la existencia de otro cuerpo para el hombre, por lo que se sostendría que el cuerpo humano está constitutivamente dividido. En términos de Agamben (2017): “intentar comprender qué significa “uso del cuerpo” significará también pensar ese otro cuerpo del hombre” (p.36).

Él propone que si Aristóteles reduce la existencia del esclavo al de la existencia de su cuerpo, tal vez sea porque la esclavitud define una singular dimensión de lo humano que el sintagma “uso del cuerpo” intenta nombrar.

En este punto, habrá que ubicar la condición del esclavo asimilado a los útiles y al instrumento, definidos estos como “lo que es provechoso para la vida de cada uno”, a lo que se agrega que provechoso es “todo aquello de lo cual se sabe hacer uso”. De este modo, se avanza hacia una localización del “uso del cuerpo” que en Aristóteles despeja y traza diferencias entre “propiedad” y “autonomía” y entre “producción” y “praxis”. El esclavo está afectado al amo, pero no como una propiedad. En este sentido, que “no sea de sí” alude a que no es autónomo; lo cual se vincula con el carácter específico de “útil”, que en el ámbito doméstico no se relaciona a la producción sino a la praxis que participa del modo de vida. En síntesis, el esclavo, cuya obra es el uso del cuerpo, quedaría así inscripto en la misma serie que la visión, la contemplación y la vida, en tanto permiten al amo la praxis como forma de vida y le habilitan el libre desempeño en la política o los asuntos de la polis.

Por último, cierro con las cinco tesis que propone Agamben sobre las características de la actividad que Aristóteles define como “uso del cuerpo”:

- 1) Se trata de una actividad improductiva o “inoperosa”, sin obra, según la terminología de la Ética nicomáquea.

2) El uso del cuerpo define una zona de indiferenciación entre el cuerpo propio y el cuerpo de otro. El amo usando el cuerpo del esclavo, usa el propio cuerpo, y el esclavo usando el propio cuerpo, es usado por el amo.

3) El cuerpo del esclavo se sitúa en una zona de indiferenciación entre el instrumento artificial y el cuerpo viviente, y por consiguiente entre la *phýsis* y el *nómos* (naturaleza y ley).

4) El uso del cuerpo no es, en términos aristotélicos ni una producción ni una *praxis*, pero tampoco es asimilable al proceso laboral de los modernos.

5) El esclavo, que se define por medio de este “uso del cuerpo”, es el hombre sin obra que torna posible la realización de la obra del hombre, ese viviente que, pese a ser humano, es excluido —y a través de esta exclusión, incluido— en la humanidad, para que los hombres puedan tener una vida humana, es decir, política. (Agamben, 2017, p. 60)

Esta misma lógica es la que Agamben recupera en relación con el instrumento y la técnica moderna, donde plantea que la máquina parece presentarse como la realización del paradigma del instrumento animado que replicaría el modelo provisto por el esclavo. En este sentido, alude a que no se trata en definitiva de la simplificación del trabajo productivo, sino de liberar al hombre de la necesidad —resuelta por esclavo o máquina— y asegurarle una dimensión más propia. “Para los griegos, la vida política; para los modernos, la posibilidad de dominar las fuerzas de la naturaleza y, por ende, las propias” (Agamben, 2017, p.155).

Sin embargo, desde la perspectiva que se traza a lo largo del texto, tanto la maniobra con la esclavitud como con la técnica no han logrado despejar la indiferenciación de la vida desnuda y la forma-de-vida. Esto se profundiza si se considera que la hipertrofia de los dispositivos tecnológicos termina generando una nueva forma de esclavitud.

2.2. *Usar, un verbo sin significado*

Lo enumerado en el apartado precedente pretendió operar de alguna manera como una síntesis conclusiva; pero, si bien acierta en situar la condición de impropiedad del cuerpo —en los sentidos de la posesión y la definición— en los términos del sintagma “uso del cuerpo”, queda pendiente despejar el valor de la noción “uso”.

El análisis recae sobre el verbo “usar” [*chrêstai*], a partir de una investigación de Geroge Redard, discípulo de Emile Benveniste. Del conjunto de conclusiones que allí se presentan, probablemente la que más interesa para nuestro propósito es la que plantea que este verbo no tiene un significado propio, sino que adquiere significados diferentes según el contexto y la palabra a la que se asocie. Por lo tanto, la habitual forma de organizar en el diccionario la presentación de un término en sus diversas acepciones y luego remitir a la etimología para encontrar su unidad resulta más que insuficiente. En una larga lista de ejemplos, figuran nociones como: “usar del retorno = experimentar nostalgia”; “usar la desventura = ser infeliz”; “usar del lenguaje = hablar” (Agamben, 2017, p.64-65).

Esta condición del verbo, al no establecer un significado preciso de su acción, genera en el campo de la lingüística una fuerte vacilación respecto de la diátesis o voz, sea la activa o pasiva; el interés por este aspecto es visualizar cómo afecta la acción en la relación sujeto-objeto. Al respecto, Agamben (2017) comenta que hay una tendencia muy marcada en la modernidad a concebir esta relación en términos de la utilización de algo por alguien, lo que lleva a una inadecuación para comprender el alcance de este verbo griego.

La alternativa que él encuentra es plantearlo de este modo: ni voz pasiva ni voz activa, sino como un verbo localizado en la diátesis media, según la denominación de los gramáticos antiguos. Apoyado en la tesis de Benveniste sobre las condiciones y diferencias de esta voz media con la voz activa, toma como parámetro el lugar del sujeto para avanzar en su análisis.

Si en la voz activa el verbo denota un proceso que se genera desde el sujeto y es exterior a él; en la voz media, el proceso tiene lugar en el sujeto, por lo que se considera interior. Presenta una serie de ejemplos de los verbos en voz media, tales como: nacer, morir, yacer, etc.

En todos estos casos, el sujeto es el lugar de cierto proceso, aun cuando participe un objeto. Para ejemplificar esto último, Agamben refiere al caso del latín *fruor*, término, en el cual “gozar” es una de sus acepciones. Es a partir de la inclusión del objeto que se nos hará evidente el interés que nos despierta esta investigación. Esto es así si consideramos que la voz media implica que el sujeto que realiza la acción, por el hecho de realizarla, no está actuando transitivamente sobre un objeto, sino que es afectado por el mismo proceso. A su vez, el objeto participa de la acción sin superarla, ya que es él mismo el lugar de ese suceder; lo que plantea una topología muy especial en la que la misma designación “medio” implica una zona de indeterminación entre sujeto y objeto. Para explicar el alcance de esta cuestión, citamos a Agamben: “El proceso no transita desde un sujeto activo hacia el objeto, separado de su acción, sino que conecta en sí al sujeto, en la medida misma en que este se implica en el objeto y ‘se da’ a él” (Agamben, 2017, p.70).

Para cerrar este apartado, tomando en cuenta lo desarrollado, retomamos la expresión “uso del cuerpo” [*somátos chrésthai*] e indicamos que se significará como: “la afección que se recibe en cuanto se está en relación con un cuerpo o con cuerpos” (Agamben, 2017, p.71).

3. Conclusiones

A partir de esta síntesis del pensamiento de Giorgio Agamben, lo primero que podemos situar es que no se sostiene la idea de algo que determine al “ser humano”; fundamentalmente, a partir de la irreparable aporía señalada por Agamben en Aristóteles a la hora de establecer en el ser la unificación del viviente y la vida política, considerada esta última como vida humana por excelencia.

Por otra parte, también se presenta otra aporía: la que señala que no podría plantearse el cuerpo como uno, en tanto uno en sí mismo. Si para Aristóteles lo *viviente* debe ser deslindado de la vida humana por excelencia y retomado por el cuerpo del esclavo para que el amo ejerza la política como hombre libre, todo indica que en el paso de su filosofía a Occidente Moderno, se disolvió la aporía —rescatada por Agamben³— y el cuerpo quedó capturado por la condición de viviente.

Luego, conforme a las consideraciones que hemos desarrollado, es posible concluir que el cuerpo escapa a la idea de uno en sí mismo, a la ilusión de considerarlo como propiedad de alguien o a suponerlo estrictamente en la espacialidad tridimensional del organismo, en tanto el cuerpo se delinea y se delimita como efecto de un cierto discurso.

Por último, el sintagma “uso del cuerpo” impacta sobre esta noción de cuerpo desde la concepción del término “uso” desanudado de la habitual idea del usufructo. Al conmover los bordes del discurso del derecho, el uso queda ligado a lo improductivo, a lo inoperoso, entrampado en la fórmula circular que lo relaciona a la felicidad como una virtud sobre el uso recto, pero que se escapa en el entresijo de la ontología y la ética.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2017). *El uso de los cuerpos*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Lacan, J. (1969). *Seminario 16, De un Otro al otro*. Recuperado de: www.staferla.free
- Montesano, H. (2018). La impropiedad del cuerpo. *El rey está desnudo*, 13, 59-68. Recuperado de: <http://elreyestadesnudo.com.ar/wp-content/uploads/2019/05/05-La-impropiedad-del-cuerpo.pdf>

³ Del mismo modo que se perdió la distinción entre *zoe* y *bios*, según propone Michel Foucault, lo que asimiló los términos en el prefijo *bios* y perdió el campo semántico que distinguía lo vivo de la vida humana.

Capítulo 6

DIVERSIDAD PROCREATIVA: LA GESTACIÓN POR SUSTITUCIÓN

Silvia Jadur

“El mundo era tan reciente que muchas cosas carecían de nombre, y para mencionarlas había que señalarlas con el dedo”- Gabriel García Márquez (1967), Cien años de soledad.

En las últimas décadas, se han modificado los formatos vinculares donde se adscriben las parejas: las relaciones padre-madre-hijos. De tal modo que la diversidad familiar y la procreación resultaron los emergentes de los cambios que aún siguen siendo controversiales para algunos sectores sociales y geografías en el imaginario colectivo. Consideramos, así, que la maternidad y paternidad son construcciones simbólicas que varían según las culturas y las épocas.

En los complejos escenarios de la reproducción humana médicamente asistida, las técnicas de alta complejidad implicaron desarrollos científico-tecnológicos no imaginados en décadas pasadas.

La gestación por sustitución, sustitutiva o solidaria, es una de las técnicas reproductivas de alta complejidad. Consiste en el acuerdo que acepta una persona, denominada “gestante”, de llevar a término un embarazo para otras personas que lo solicitan, nominadas “comitentes o requirentes”. Estos últimos se sirven de la figura de la “voluntad procreacional” para filiar al hijo

como lo establece el Código Civil y Comercial de la Nación para los nacimientos procedentes de los resultados de las técnicas de fertilización asistida. Por esta razón, no se establece un vínculo filiatorio con la gestante.

Dicha técnica recibe otros nombres: alquiler de vientre o útero (como es más conocida), gestación subrogada o maternidad subrogada. “Subrogada” deviene de las palabras en inglés “*surrogacy*” (alude al tratamiento) y “*surrogate*” (mujer que porta el embarazo). El término “maternidad” abarca múltiples representaciones, significaciones, lecturas; no solo la gestación, ya que implica el deseo de ser madre y tener un hijo, y adicionamos la “voluntad procreacional” desde el marco legal de la Ley de Reproducción Médicamente Asistida. Por lo que se establece, así, desde antes del nacimiento, un vínculo que comprende aspectos emocionales, afectivos, socioculturales y jurídicos.

La gestante no es la madre, tampoco suple la función de la persona o personas que son los requirentes: futuros padres, madres. En este tipo de procedimientos, es necesario un contrato de las partes intervinientes que, dependiendo del país donde se lleve adelante la gestación sustitutiva, puede ser paga o solidaria (altruista).

Según el derecho comparado, en el mundo se encuentran tres posturas básicas: a) prohibición de la gestación por sustitución: Francia, Alemania, Suecia, Suiza, Italia, Austria, España, b) admisión, solo cuando es altruista y respetando ciertos requisitos y condiciones: Reino Unido, Canadá, Brasil, Israel, México, Grecia, Australia, Sudáfrica, Nueva Zelanda, India, Portugal,

Uruguay y c) admisión amplia: Georgia, Ucrania, Rusia, algunos Estados de los Estados Unidos. A su vez, cada país tiene estructuras y características propias según las legislaciones adoptadas.

Algunos efectos conflictivos derivados de la gestación por sustitución internacional suelen ser el turismo reproductivo, sobre todo en Europa, y ciertas dificultades de los comitentes/requirentes y del niño de volver al país de origen de los padres/madres, debido a que no pueden obtener pasaporte o documentos de viaje por cuestiones relacionadas con la filiación.

Para que una práctica o intervención médica sea ilegal, esta tiene que estar prohibida explícitamente, lo cual no sucede en el caso de la gestación por sustitución. En la Argentina, es un tratamiento que no está mencionado expresamente en el Código Civil y Comercial de la Nación, ni tampoco existe aún una legislación especial o mención aclaratoria en la ley vigente. Es posible de ser contemplado como tratamiento de alta complejidad dentro de la Ley 26.862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Aunque en el Código Civil aparece que la filiación y la madre del hijo es quien lo pare, la aclaración de la *voluntad procreacional* es la que prima en todo tipo de tratamiento, sea aportación de gametos, sea gestación sustitutiva/solidaria. La gestación por sustitución tiene antecedentes en presentaciones jurídicas realizadas y aprobadas por jueces en diferentes jurisdicciones del país.

Asimismo, cabe consignar que hubo proyectos presentados en diputados que apuntaban a legalizar y reglamentar este procedimiento.

Es de destacar el impulso dado por una acción colectiva manifestada por el Defensor del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT) en el 2017. A partir de esta, el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas porteño autorizó la inscripción, en términos preventivos, de los nacimientos de los menores nacidos por una técnica de reproducción humana de alta complejidad denominada ‘gestación solidaria’ bajo los siguientes presupuestos de otorgamiento, a saber: 1) que se trate de menores nacidos en el país por el método de gestación solidaria realizada en el país; 2) que la voluntad procreacional de los requirentes haya sido expresada en forma previa, libre e informada; 3) que la gestante previa y fehacientemente hubiera expresado no tener voluntad procreacional y 4) que la inscripción deberá hacerse en términos preventivos; además, debiendo los datos de la gestante ser asentados en el legajo.¹

¹ Se trata de un **amparo colectivo** que habilita, en la Ciudad de Buenos Aires, la inscripción de los hijos nacidos por gestación sustitutiva. Disposición N.º. 93/DGRC/17 Boleín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Nro 5247 - 03/11/2017 en su artículo 1º dispone “autorizar a inscribir, en términos preventivos, los nacimientos de los menores nacidos por Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) de alta complejidad, denominada *gestación solidaria*.”

Quienes recurren a esta técnica son parejas o personas del colectivo LGBT, y parejas o personas heterosexuales que padecen trastornos reproductivos, lo que determinan que no puedan portar un embarazo. Las causas orgánicas son múltiples: malformaciones uterinas, diagnóstico de infertilidad, enfermedades hematooncológicas previas, etc. Es factible sumar el impedimento de aportar gametos propios para lograr un embarazo, por lo que se recurre a una aportación, sea de óvulos o de banco de espermatozoides. Es importante señalar que, en estos casos, la gestante no aporta sus ovocitos.

En la situación de solidaridad, quienes gestan son generalmente personas conocidas, que poseen alguna relación directa o indirecta, que comparten el medio social o son miembros de la familia, y están identificadas con el deseo de tener un hijo, de construir una familia. Por otro lado, en nuestro país, no contamos con agencias dedicadas a realizar el contacto con las gestantes, y las clínicas privadas especializadas no realizan la búsqueda, ni la ofrecen como recurso. En este sentido, las redes sociales, las páginas en internet y los foros de pacientes son herramientas activas, y queda bajo la responsabilidad de los requirentes/comitentes la elección y averiguación de las posibles gestantes. Algunas mujeres gestantes ya han experimentado la maternidad, requisito solicitado para las aportantes de óvulos, que sí mantienen enlaces con los centros de fertilidad.

Surgen, entre otras, algunas puntuaciones nodales pendientes desde que se promulgó la ley que aún sería conveniente debatir y reflexionar: entre ellas, conciliar si la retribución económica es compatible o no con el

altruismo en la gestación sustitutiva. Reconociendo que, en los casos de aportación de gametos, existe una retribución económica, además del conocimiento acerca de los problemas que sufren algunas personas que no pueden concebir. Esta retribución no constituye un salario, en tanto que hay un límite consensuado por las instituciones médicas respecto al número de veces que puede realizarse (especialmente la donación de ovocitos).

De todas maneras, se lo lleve a cabo o no de manera solidaria, es un “trabajo” que implica gastos extraordinarios y licencias laborales para las gestantes, entre otros, que tendrían que ser contemplados desde el punto de vista económico. Igualmente, pensar en una retribución se relaciona con colaborar en un proceso que lleva esfuerzo y tiempo, que posee implicancias familiares, subjetivas y en el contexto de pertenencia.

En este sentido, suele replicarse el relato mítico de que las gestantes son solamente aquellas personas pertenecientes a sectores carenciados y vulnerables, por lo que este compromiso les solucionaría un tema laboral. Generalmente, a partir de las entrevistas realizadas antes de los tratamientos, se puede observar, en algunos casos, que la contribución económica es un beneficio único para terminar o arreglar una casa, como reaseguro para los hijos, para concluir una carrera terciaria, universitaria o la escolarización (esta idea está ampliamente difundida). Pueden estar o no en pareja; pero, en todos los casos, reconocen la tristeza que produce en otros sujetos no poder procrear con sus propios cuerpos.

Los argumentos que censuran esta técnica lo hacen desde la moral y postulados éticos, ideológicos y religiosos. Incluso, algunos sectores feministas sostienen

una crítica mordaz contra la comercialización de los cuerpos femeninos y el usufructo de mujeres de escasos recursos. Pero la divulgación es amarillista, no científica. El derecho también es la libertad de elegir tener o no tener hijos, de armar la familia por adopción o con ayuda de la ciencia.

Ya indicamos que dicho tratamiento se realiza en el país, siendo la inscripción registral filiatoria solo regulada en la Ciudad de Buenos Aires por el amparo antes comentado. Convenimos en que la filiación lo incluye en un linaje, como sujeto singular y en la comunidad de pertenencia. Además, estas gestiones se efectivizan según los institutos especializados que acuerden realizarlos. La judicialización de los casos puede realizarse previamente a la práctica médica, durante el embarazo o cuando la niña o el niño ya han nacido; todas son opciones posibles y legales. Lo discutible, problemático, es la exigencia de la judicialización antes de realizar un tratamiento que no está prohibido.

Para los psicólogos y para los que adscribimos al psicoanálisis, esta información es pertinente para cuidar la escucha, para considerar los avatares de la subjetividad de los actores en estos escenarios. La tramitación en un espacio psicoanalítico habilita a los sujetos a procesar renuncias biológicas, genéticas, para adjudicar el lugar para un niño.

Aunque el mundo occidental y neoliberal de las neurociencias solamente muestre investigaciones psicológicas fenomenológicas y cuantitativas-

cognitivistas, es interesante una lectura cualitativa, ya que las conclusiones sobre el desarrollo madurativo–cognitivo–emocional de los niños nacidos y criados en las diversidades procreativa y familiar reportan que no presentarían diferencias respecto de las familias tradicionales y nacimientos convencionales. De esto se desprende lo imprescindible de una narración de los padres que revele el origen procreativo a los niños nacidos con intervención de las ciencias. Considero primordial jerarquizar este abordaje para que los futuros padres armen los lazos emocionales con el niño deseado. Además, al intervenir la gestante y/o la aportante de ovocitos en los orígenes procreativos, se vuelven mujeres significativas que ya forman parte de la historia familiar y del relato al niño, que no pueden estar excluidas. Por otra parte, el espacio psicoterapéutico para la gestante es básico por las implicancias subjetivas, lo dificultoso de compartir en su medio social e informar del embarazo para luego entregar el niño a una familia que la ha contratado para este fin.

Palabras finales

La gestación por sustitución desencarna el embarazo, la maternidad biológica, las herencias genéticas, y rompe con paradigmas heteronormativos y patriarcales. Por esta razón, las gestantes, las y los aportantes de gametos también tendrían que poder contar con un marco de contención para elaborar sus propias decisiones y las derivaciones a futuro. El sistema sanitario argentino es complejo y ha sido desmantelado,

desfinanciado, en estos pocos últimos años. Las prepagas en salud no acatan la ley de cobertura de todas las prestaciones en reproducción asistida, colocando trabas a los usuarios y no cubriendo la gestación por sustitución, lo que entorpece las posibilidades para los afiliados.

Sin embargo, consideramos que todas las personas tienen derecho a acceder a los desarrollos científicos tecnológicos para formar sus familias. El Código Civil ha incluido nuevos principios, en cuanto que plantea la “democratización de la familia” y la existencia de la “multiculturalidad”. Al mismo tiempo, nombra a “las familias”, lo que consecuentemente corre el concepto de modelo único familiar conservador y afianza la igualdad, en tanto asegura a todos los sujetos los mismos derechos y genera la abolición de las desigualdades de tipo sociales, culturales, económicas, políticas, jurídicas.

Así como los adultos tienen derecho a los tratamientos, los niños lo tienen para conocer el origen procreativo. ¿Qué necesita un niño? Elemental interrogante para los sujetos deseantes de una familia. Para desandar estos caminos, el Estado tiene que estar presente en el control, supervisión y evaluación de las prácticas asistenciales en medicina reproductiva, dentro del marco legal y regulatorio.

La realidad es que hay niños, niñas, que nacieron por esta técnica en nuestro país y en el extranjero que necesitan de un reconocimiento legal y en la comunidad como ciudadanos. Las familias y su descendencia tienen el derecho de ser acogidos en la sociedad.

Referencias bibliográficas

- Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Resumen oficial emitido por la Corte Interamericana de la sentencia de 28 de noviembre de 2012 (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas). Disponible en http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf
- Jadur, S. y Duhalde, C. (2006). Sexualidad y trastornos reproductivos: perspectiva de los pacientes. *Revista Otra Mirada*, 5.
- Jadur, S, Duhalde, C. y Wainstein, V. (2008) Concebir la posición analítica en un grupo de pacientes con problemas en la procreación. Encuentro en la comunidad. *Premio FEPAL Psicoanálisis y comunidad*. Federación Psicoanalítica de América Latina.
- Jadur, S, Duhalde, C., Wainstein, V. (2010) Efectos emocionales de la criopreservación de embriones y su transferencia. *Revista de Samer*, 25(1).
- Jadur, S, Duhalde, C. (2010). *Así fue como llegaste*. Buenos Aires: Agua Va.
- Jadur, S., Wainstein, V. (2015). *¡Auxilio, el bebé no llega! Guía básica para entender los problemas (y los tratamientos) a la hora de buscar un embarazo*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Jadur, S., Duhalde, C., Wainstein, V. y Barreiro A. (2014). Intolerancia a lo femenino: dolor, género, comunidad y cultura. En Reyes, N. y Berlin, D. M. (Comp.), *Intolerancia a lo femenino* (pp. 69-78) México: Carchitecthum Plus.
- Jadur, S., Duhalde, C. y Wainstein, V. (2013). Diversity in voluntary motherhood: between desire and biology. En Lartigue, T, Varela, O. (Eds.) *Gender and Psychoanalysis Clinical Contributions*. México: Carchitecthum Plus.
- Jadur, S., Duhalde, C. y Wainstein, V. (2015). The role of “the donor” in assisted fertilization treatments. *Compilación Cowap*. Londres: Ed. Karnac.
- Jadur, S. (2004) De eso no se habla: aborto e infertilidad. *Revista El Hospital*.
- Jadur, S. (2005). Aspectos emocionales y la relación médico-paciente en la consulta por infertilidad. *Revista de Samer*, 20(2) Buenos Aires.
- Jadur, S. (2006). Tramitando nuevas formas de parentalidad. *Revista El Hospital*. Buenos Aires.
- Lamm, E. (2012). Gestación por sustitución: Realidad y Derecho. *Indert: Revista para el Análisis del Derecho*, 3. ISSN-e 1698-739X.

Massenzio, F. (2019) Comunicación personal. Secretaria de Asuntos Jurídicos de la FALGBT. Coordinadora de la Defensoría LGBT. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

SEGUNDA PARTE

PRÁCTICA

A solid orange horizontal bar at the bottom of the page.

Capítulo 7

PENSANDO EL PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE GESTACIÓN POR SUSTITUCIÓN

Rossi, Mariela y Jurkowski, Ludmila

1. Introducción

Los avances en materia reproductiva nos instan a pensar en un cambio de paradigma en relación con los lazos de parentesco (Rossi, 2018). Argentina es un país pionero en materia de adquisición de derechos humanos que posibilitaron la conformación de familias diversas por medio de Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Los avances en materia legal, como la Ley de Matrimonio Igualitario (26.618, 2010) y la Ley de Identidad de Género (26.743, 2011), fueron claves para una Ley Nacional de Reproducción Médicamente Asistida (Ley 26.862, 2013). A partir de la sanción de esta última ley, las personas pueden acceder a las técnicas de reproducción asistida, ya sea por una dificultad reproductiva orgánica o estructural; esta última es el caso del colectivo de personas solas o parejas igualitarias con deseos procreativos. Una de las técnicas que posibilitan el armado de una familia es la gestación por sustitución. El objetivo de este escrito es presentar los desarrollos realizados en el mundo y en nuestro país en materia de bagaje teórico en el abordaje de estos casos.

2. Desarrollo

En la Argentina, existe un vacío legal en lo que respecta a la gestación por sustitución, ya que no se encuentra regulada pero tampoco prohibida y, como dice Lamm (2012, p. 4), “rompe con arraigadas reglas, tales como la máxima del derecho romano *mater semper certa est*, consagrando que la madre siempre es cierta” o, como comúnmente se nombra: “madre es la que pare”.

La gestación por sustitución es una práctica milenaria cuyo origen se encuentra en los relatos bíblicos, representada por el caso de Abraham y Sarah. El término se define por primera vez en el informe “Warnock” de la comisión de investigación sobre fecundación y embriología humana como: “la práctica mediante la cual una mujer gesta o lleva en su vientre un bebé para otra mujer, con la intención de entregarlo una vez nacido” (Warnock, 1985, p. 140). Este informe se posiciona a favor de la práctica en casos de imposibilidad para gestar por motivos médicos y, dado su carácter altruista, prohíbe la publicidad, comercialización e intermediarios (Warnock, 1985. Lamm, 2013).

La gestación por sustitución, junto con otros temas (como por ejemplo, el trabajo sexual), ha sido un punto de debate y separación radical en el movimiento feminista. La discusión gira en torno a si existe plena autonomía del cuerpo de quienes deciden gestar o si se trata de una práctica de explotación y mercantilización de los cuerpos; entre estos dos extremos, oscilan apuestas a encontrar posiciones intermedias. El debate planteado por el feminismo es muy extenso para desarrollarlo en este escrito, por lo que decidimos quedarnos con la categoría de auto/heteronomía de los cuerpos, entendiendo que nos

encontramos en un país donde las desigualdades sociales, económicas, políticas y de género son muy grandes (sin caer en un reduccionismo abolicionista que lleve a pensar que toda persona en situación de vulnerabilidad y desigualdad social se verá obligada a gestar para otras/os). Creemos que debemos poner sobre la mesa un debate en términos interdisciplinarios que no obture sentido para uno u otro lado y contemple la singularidad de cada caso que se presenta. En palabras de Consuelo Álvarez Plaza (2017): “una constante de la polémica sobre la gestación por sustitución es la disputa entre prohibicionistas y activistas proregulación de la gestación por sustitución es la ausencia de las voces de las actoras y actores” (p. 28).

Si bien la evaluación y acompañamiento psicológico de las partes (gestante, familia de la gestante y comitentes) es sugerida por todos los autores que hacen referencia al tema (Ridley, 2017; Braverman, 2015; Imrie y Jadvá, 2014; Jadvá, Murray, Lycett, MacCallum y Golombok, 2004; Parkinson et al., 1998; van den Akker, 2007), incluida la American Society of Reproductive Medicine (ASRM, 2013), no se encuentran protocolos o guías de trabajo que sugieran cómo hacerlo. En Estados Unidos, pueden encontrarse menciones de los criterios de selección médicos y psicológicos que utilizan las agencias para elegir a la gestante. En estos, se propone utilizar el test Multifásico de Personalidad de Minnesota, el cual evalúa psicopatología y trastornos de la personalidad (Ruiz-Robledillo y Moya-Abiol, 2016). La práctica se encuentra regulada por agencias que se presentan como intermediarias entre las partes, y se encargan de establecer un valor económico y una serie de pautas contractuales. Por su parte, en Argentina, en el año 2018, se publicó un libro compilado por la Asociación Civil Concebir

denominado *Gestación por sustitución: un abordaje interdisciplinario*, que presenta modelos de trabajo en relación con la temática.

En cuanto a las investigaciones existentes que refieren a la salud psíquica de las gestantes, la mayoría coincide en que no hay indicadores de desajuste emocional e impacto psicológico en estas (Imrie y Jadvá, 2014; Jadvá, Murray, Lycett, MacCallum y Golombok, 2004; Parkinson et al., 1998; van den Akker, 2007). Una de las grandes preocupaciones que giran en torno a la gestante es si pasado el tiempo se arrepentirá de lo que ha hecho, dato que no es posible determinar con seguridad debido a la falta de estudios longitudinales. Uno de los pocos que podría tomarse como referencia es el realizado por Imrie y Jadvá (2014), donde no hallaron emociones negativas o arrepentimiento cuando el vínculo entre gestante y comitentes perduró en el tiempo. Otro de los aspectos más relevantes es el argumento que sostiene que se genera un vínculo entre gestante y niño por nacer. En relación con esto, en la India se llevó a cabo una investigación en la cual compararon aspectos psicológicos en mujeres gestantes y mujeres que llevaban un embarazo dentro de un proyecto parental propio; los resultados arrojaron que las primeras presentaron mayores niveles de depresión durante la gestación y el posparto y menores niveles de conexión con el niño nacido (Lamba et al., 2018). Estos resultados podrían asociarse con la falta de redes de apoyo y con el hecho de que la práctica no sea bien vista en la sociedad y reciba altos niveles de crítica. Otro estudio arrojó diferencias a la hora de evaluar niveles de empatía y apego de las gestantes en relación con el feto (Lorenceanu et al., 2015).

Otro aspecto importante para considerar consiste en las familias de quienes gestan. Ridley (2017) resalta que el comité de ética de la ASRM recomienda evaluar psicológicamente a los/as hijos/as de las gestantes para ver si se encuentran en condiciones de enfrentar el tratamiento. En el mismo trabajo, la autora señala que los resultados obtenidos muestran la importancia de tener en cuenta la edad de los/as niños/as al momento de la gestación, ya que el rango promedio donde se hallaron mayores niveles de ansiedad y angustia se extiende desde los 4 a los 8 años (Ridley, 2017). Otro indicador de malestar que describieron en su investigación es el vínculo posterior de estos/as niños/as con los/as nacidos/as por gestación, ya que aunque podría pensarse que genera emociones positivas, los resultados dan cuenta de lo contrario (Ridley, 2017). Por esto, se sugiere tener en cuenta la edad del niño, la relación previa con los comitentes y el posible vínculo futuro con el/la niño/a nacido/a a la hora de evaluar un caso de gestación por sustitución.

Por otro lado, según los desarrollos de Jadvá e Imrie (2014), los/as hijos/as de la gestante no mostraron emociones negativas en relación con el procedimiento o en cuanto al futuro contacto con los/as niños/as nacidos/as, si bien estos resultados son consistentes con los hallados por Ridley en cuanto a la madurez cognitiva y emocional que pueden tener niños pequeños a la hora de comprender las diversas instancias del procedimiento, hay que tener en cuenta que dentro del rango etario estudiado —los hijo/as de las gestantes tenían de 12 a 21 años— pueden existir variaciones.

Es unánime la posición de todos/as los/as autores/as de continuar con la observación de los efectos que dicha práctica podría generar a futuro en todos los participantes, ya que existen escasos estudios acerca del impacto emocional de los/as niños/as nacidos/as por gestación, así como en los/as hijos/as y familias de las gestantes (Golombok, 2006; Ridley, 2017; Frydman, 2016).

Ruiz-Robledillo y Moya-Abiol (2016) señalan que en gran parte de los comitentes, el vínculo genético influye en la toma de decisiones, como así también el vínculo temprano con el/la niño/a y la posibilidad de participar del embarazo. Los estudios realizados en comitentes señalan que después de un año de nacido/a el/la niño/a, no se encuentran indicadores de desajuste emocional (Ruiz-Robledillo y Moya-Abiol, 2016). Respecto a cómo han podido adaptarse a la parentalidad, los resultados encontrados en un estudio realizado por Golombok y colaboradores (2011) señalan que aquellas familias conformadas por gestación o donación de gametos tenían un menor nivel de adaptación que aquellas conformadas por embarazos biológicos cuando sus hijos/as alcanzaban la edad de 7 años, aunque estas diferencias no fueron significativas. Según los investigadores, esto podría deberse a que a esa edad los niños tenían una mayor comprensión de los hechos y podían llegar a cuestionar la práctica (Golombok, Murray, Jadvá, MacCallum y Lycett, 2011).

En función de los antecedentes presentados, donde puede observarse el escaso desarrollo teórico y la falta de herramientas de evaluación e intervención, nuestra

propuesta es presentar la modalidad de trabajo con la que hemos abordado los casos que nos han llegado.

La propuesta de evaluar, asesorar y acompañar un caso de gestación por sustitución genera un desafío ético, teórico y político para quienes nos desempeñamos en el ámbito de la Salud Mental y las Tecnologías Reproductivas. Nos basamos en el artículo 16 de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N.º 26.657, 2010), que establece que la internación involuntaria de una persona debe ser certificada por dos profesionales que no se conozcan entre sí, de modo de poder dar cuenta de un criterio unificado en una decisión de tal carácter (Rossi y Jurkowski, 2018). En los casos de gestación, salvando las enormes diferencias, también nos enfrentamos a una decisión compleja. Tomando el recurso de este artículo y pensando en la gran cantidad de participantes involucrados en este proceso, consideramos pertinente la escucha y la comprensión de más de un profesional idóneo. Así fue como decidimos abordar estos casos trabajando en duplas, donde una/un profesional se dedicaría a la parte de comitentes y la/el otra/otro, a la persona gestante (Rossi y Jurkowski, 2018). A su vez, nos apoyamos en la bibliografía existente, especialmente en las sugerencias del comité de ética de la ASRM (2013), en donde se afirma que los/las participantes, principalmente la gestante y los comitentes, deben tener un espacio para explicitar sus expectativas en relación con todo el procedimiento y los vínculos con las otras partes y qué pasaría si estas expectativas no fueran alcanzadas. Esto también es importante para indagar si estas expectativas y sus objetivos son congruentes entre sí, especialmente en lo referente a la toma de decisiones de temas médicos simples, como quién acudirá a las consultas con el

obstetra; u otros más complejos, como la terminación del embarazo y los test prenatales (ASRM, 2013; Ruiz-Robledillo y Moya-Abiol, 2016).

3. Comentarios finales

Como se ha descripto en el presente trabajo, la gestación por sustitución no es un acto novedoso, pero no por esto deja de ser polémico y poco indagado desde todas las disciplinas. Consideramos de suma importancia la continua revisión y debate multidisciplinario, así como rigurosas investigaciones longitudinales que describan el proceso y posibles implicancias sobre todas las partes involucradas.0020

También resulta necesario separar el ideal de maternidad de la gestación y el parto; ya que, tal como postula Purdy (1992), este ideal implica una naturalización que borra e ignora los desafíos que enfrentan las mujeres para correrse de esta indisoluble asociación de su feminidad con la naturaleza. Entendemos relevante poder abordar la maternidad como un constructo social dinámico. Este establece pautas de lo que está permitido y prohibido dentro de un universo simbólico que contribuye a una desigual distribución del trabajo, la cual está sostenida en una ideología biologicista que conceptualiza los roles de género que cada uno/a debe cumplir. En palabras de Ann Oakley: “siempre han habido madres, pero la maternidad fue inventada” (1979, p.17).

Referencias bibliográficas

- Ahmari Tehran, H., Tashi, S., Mehran, N., Eskandari, N., y Dadkhah Tehrani, T. (2014). Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(7): 471–480.
- Alvarez Plaza, C., Olavarriá, M. E. y Parisi, R. (2017). Repensando el feminismo: el debate de la gestación subrogada en México, España e Italia. *Dada Rivista di Antropologia post-globale*, 2.
- Braverman, A. (2015). Mental health counseling in third-party reproduction in the United States: evaluation, psychoeducation, or ethical gatekeeping?. *Fertility and Sterility*, 104(3), 501-506.
- Burrell, C y O' Connor, H, (2013). Surrogate pregnancy: ethical and medico- legal issues in modern obstetrics. *The Obstetrician and Gynecologist*, 15, 113-119.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). Consideration of the gestational carrier: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 99(7), 1838-1841.
- Imrie, S. y Jadva, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive BioMedicine Online*, 29, 424–435
- Frydman, R. (2016). Surrogacy: yes or no? *Fertility and Sterility*, 105(6), 1445.

- Golombok, S., Readings, J., Blake, L., Casey, P., Alexander, M. y Jadvá, V. (2011). Families created through surrogacy: Mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Developmental Psychology*, 47(6), 1579–1588
- Jadvá, V., Murray, C., Lycett, E., MacCallum, F. y Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod*, 18, 2196–204.
- Jadvá, Murray, Lycett, MacCallum y Golombok. (2004) Families created through a surrogacy arrangement: parent-child relationships in the first year of life. *Dev Psychol* 40, 400–411.
- Lamba, N., Jadvá, V., Kadam, K., y Golombok, S. (2018). The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction*, 33(4), 646–653.
- Lamm, E. (2012). La importancia de la voluntad procreacional en la nueva categoría de filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida. *Revista de Bioética y Derecho*, (24) 78.
- Lamm, E. (2013). *Gestación por sustitución: ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres*. Barcelona: Univesitat de Barcelona.
- Ley 26.618. Ley de Matrimonio Igualitario, Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 15 de julio del 2010.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental, Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre de 2010.

- Ley 26.743. Ley de Identidad de Género, Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 9 de mayo de 2012.
- Ley 26.862. Ley de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico-asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida, Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 23 de julio de 2013.
- Lorceau, E.S., Mazzuca, L. y Pizitz, T. D. (Junio, 2015). A cross-cultural study on surrogate mother's empathy and maternal-foetal attachment. *Women Birth*, 28(2), 154-9. doi: 10.1016/j.wombi.2014.11.006. Epub 2014 Dec 3.
- Oakley, Ann. (1979). *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson.
- Parkinson, J., Tran, C., Tan, T., Nelson, J., Batzofin, J. y Serafini, P. (1998). Perinatal outcome after in-vitro fertilization-surrogacy. *Human Reproduction*. 14, 671-676.
- Purdy, L. M. (1992). Another look at contract pregnancy. En: Holmes, H. B. (ed.). *Issues in reproductive technology: An anthology*. Nueva York y Londres: Garland Publishing.
- Ridley, M. (2017). An investigation into the psychological well-being of the biological children of surrogates, *Cogent Psychology*, 4, 1305035.
- Rossi, M. y Jurkowski, L. (2018). Proceso de evaluación psicológica en un caso de gestación por sustitución: trabajando en duplas. En: Navés, F. Moscuza, C., Thomas Moro, M., Barontini, G. y Szkolnik, I. (Eds.), *Gestación por sustitución: un abordaje interdisciplinario* (221-232). Buenos Aires.

- Rossi, M. (2018) Frozen: criopreservación y deseo de hijo. En: Lima, N.S y Martínez, G., *Dilemas éticos y morales en embriones humanos. Abordaje interdisciplinario en salud reproductiva*. Buenos Aires: Azcune.
- Rozée, V., Unisa, S., y de La Rochebrochard, E. (2019). Sociodemographic characteristics of 96 Indian surrogates: Are they disadvantaged compared with the general population? *PloS one*, 14(3), e0214097. doi:10.1371/journal.pone.0214097
- Ruiz-Robledillo, N y Moya-Abiol, L. (2016). Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention*, 25, 187–193.

Capítulo 8

EVALUACIÓN Y ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO EN CASOS DE DONACIÓN INTRAFAMILIAR DE GAMETOS

Flavia Navés, Ludmila Jurkowski, Dolores Gallo y
Mariela Rossi

1. Introducción

La emergencia de diversas configuraciones familiares y la postergación de la edad en que hombres y mujeres acceden a la parentalidad son cambios que hicieron de la donación de gametos una práctica cada vez más utilizada.

La donación de gametos entre miembros de una familia consiste en una técnica de alta complejidad en la que uno de los miembros del linaje de quien no aporta material genético dona un gameto. La práctica en sí es la misma que cuando se utiliza material donado de un tercero que no es miembro de la familia, por lo que se entiende que no genera distintos desafíos en términos médicos. Lo que en la práctica se pone en jaque remite a sus controversias y dilemas éticos para todos los profesionales involucrados.

En este controversial contexto, se espera que el profesional de la psicología realice la evaluación y el asesoramiento psicológicos de los sujetos con una mirada integral, centralizada en la díada donante-receptor/es, contemplando siempre la subjetividad del/a niño/a por venir.

Como parte de un proyecto de investigación más amplio acerca del desarrollo de protocolos de evaluación de donantes de gametos femeninos¹, el objetivo de este capítulo es presentar recomendaciones para la evaluación y el asesoramiento psicológicos en casos de donación intrafamiliar de gametos.

La biotecnología está transformando lo que, al momento, conocíamos como familia. Las técnicas de reproducción humana asistida, en sus múltiples formas —homólogas y heterólogas—, han modificado la noción de parentesco: los lazos filiatorios ya no se establecen únicamente por la sangre o los genes, sino por el deseo de parentalidad de quienes prestan su voluntad procreacional. La demanda de estos tratamientos se ha ido incrementando en los últimos años y se ha convertido en un fenómeno atravesado por diversas aristas socioculturales y económicas (Lima y Rossi, 2019). La inserción de las mujeres en la esfera pública, las crisis económicas y la poca estabilidad en los lazos afectivos son algunos de los motivos por los que las mujeres deciden postergar la búsqueda de embarazo (Jurkowski, Rossi, Manubens y Olivera, 2019). La edad promedio en que las mujeres comienzan a buscarlo se ha corrido notablemente. Por esta razón, la donación de gametos podría volverse una opción válida para muchas de estas mujeres.

Según los datos de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR), solo durante el año 2017

¹ El protocolo fue desarrollado por el equipo de psicólogas que participaron del capítulo de psicología de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva dirigido por Mariela Rossi durante 2018. Una versión ampliada y actualizada forma parte de esta obra. Ver Capítulo 9 Guía de buenas prácticas para la evaluación y asesoramiento de donantes de ovocitos.

se realizaron 21.000 procedimientos, de los cuales un 12,5% fueron con ovocitos donados. No se conoce cuántos de estos se han realizado entre miembros de una familia.

Para alcanzar el objetivo de este capítulo, presentaremos una breve síntesis de la situación actual en Argentina y en el mundo sobre la donación intrafamiliar de gametos; luego reflexionaremos sobre qué se entiende por evaluación y asesoramiento psicológico en el ámbito de las técnicas de reproducción humana asistida. Finalmente, ofreceremos recomendaciones para la evaluación y el asesoramiento psicológicos en casos de donación intrafamiliar de gametos.

2. Antecedentes en evaluación y asesoramiento en donación de gametos

En el año 2006, el Capítulo de Psicología de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) elaboró las *Guías de admisión y asesoramiento para la recepción y donación de gametos*. Estas contemplaron la donación anónima, pero no hicieron referencia al uso de gametos entre miembros de una familia. Más tarde, en el año 2015, SAMeR publicó las *Normas para la acreditación de los centros de reproducción asistida* y recomendó allí la evaluación psicológica para todas las personas involucradas en el proceso de donación de gametos. Ese mismo año, el Ministerio de Salud incluyó al profesional de la psicología como agente obligatorio dentro de los centros de alta complejidad mediante la Resolución 1305/15. Con estos antecedentes, se confeccionaron las *Guías de Buenas Prácticas para la evaluación y asesoramiento de donantes de ovocitos*, con el objetivo de sentar las bases para la elaboración de un protocolo que pauté la evaluación y el asesoramiento psicológico de

donantes de gametos (Rossi, Navés, Barontini, Jurkowski, Pérez y Wang, 2018). En esa guía, la donación intrafamiliar de gametos también quedó por fuera, por ser una práctica controversial y poco habitual.

La Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) señala que existen escasos datos acerca de la frecuencia y el número de donaciones intrafamiliares que se han realizado y de sus implicancias en los miembros involucrados (Marshall, 2002; ASRM, 2003). En conjunto con la American Society for Reproductive Medicine (ASRM, 2019), proponen ser cautos a la hora de contemplar la donación de gametos entre miembros de una familia, ya que hay muy pocas investigaciones realizadas que vislumbren los efectos a largo plazo entre los miembros involucrados y el niño por nacer (Bredenoord et al, 2012). Asimismo, señalan Yavena y Golombok (2012) que la donación intrafamiliar no solo pone sobre el tapete dilemas morales como la posibilidad de incesto, sino que desde el inicio modifica las estructuras de parentesco, consanguinidad y la dinámica familiar. Estos efectos merecen ser considerados a la hora de evaluar y asesorar a las personas involucradas en la donación intrafamiliar de gametos por sus implicancias psicológicas.

La evaluación y el asesoramiento psicológicos son una práctica necesaria en el campo de las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA). En el caso de la donación intrafamiliar, se vuelven imprescindibles, dado que existen, en estado latente o manifiesto, relaciones vinculares (conflictivas o no) entre donantes y receptores, situaciones coercitivas, motivaciones económicas o altruistas, posturas diversas frente al secreto o la apertura, entre otras.

En síntesis, la donación intrafamiliar de gametos no se encuentra prohibida; pero dadas las consecuencias psíquicas y sociales, consideramos que es necesario elaborar criterios que den cuenta de los riesgos médicos y psicológicos, especialmente aquellos relacionados con la donación de padre a hija, hermano a hermana o madre a hija, dado que el grado de consanguinidad aumenta a medida que el vínculo genético es mayor (ASRM, 2012). Por esto, se sugiere realizar entrevistas a las distintas partes involucradas para comprender tanto la dinámica vincular, como si todos y todas comprenden el rol de cada uno/una en relación con el niño por nacer (Rossi y Jurkowski, 2018).

3. ¿Qué evaluamos y cómo lo hacemos?

La evaluación psicológica tiene por objetivo final el estudio y el análisis de las características de un sujeto incluyendo sus formas de acción, reacción e interacción con su entorno y con la realidad (Mikulic, 2017). Pero, en el ámbito de la reproducción humana asistida, la evaluación psicológica de los sujetos es una tarea que requiere de una mirada integral que haga foco en la díada donante-receptor/es. Para ello, la formación interdisciplinaria del profesional de la psicología es imprescindible, ya que en este ámbito “la evaluación psicológica trasciende la frontera de la psicología clínica” (Casullo, 2009, p. 27). Los objetivos de la evaluación consisten en: conocer del donante su capacidad de comprender las implicancias de su acto, detectar factores psicopatológicos que puedan obstaculizar el tratamiento médico (estimulación, punción, etc.), indagar si dispone de habilidades de afrontamiento, comprobar que no exista

evidencia de coacción (financiera o emocional) en su decisión de donar, conocer cuáles son sus motivaciones y, finalmente, considerar qué efectos subjetivos produciría el tratamiento médico y el posible impacto en las futuras relaciones entre todos los participantes del proyecto parental.

Para cumplir con este objetivo, sugerimos la toma de una entrevista semiestructurada acompañada por instrumentos psicométricos y proyectivos (según el marco teórico del profesional) que permitan recoger esta información con un alto grado de confiabilidad, y así elaborar el diagnóstico presuntivo y situacional del donante. La transformación de los datos empíricos en constructos teóricos le permitirá al profesional de la psicología elaborar hipótesis acerca de el/la postulante. Para ello, sugerimos un mínimo de dos encuentros (con un intervalo de al menos siete días entre la primera y la segunda entrevista de evaluación), dejando abierta la posibilidad de realizar un tercer encuentro si el profesional de la psicología lo considera necesario para profundizar algún aspecto de la evaluación. Asimismo, de ser necesario, sugerimos continuar con los encuentros para acompañar el proceso.

Elegimos la entrevista semidirigida porque permite realizar preguntas amplias y abiertas con el objetivo de indagar sobre bloqueos, incremento de la ansiedad, emergencia de angustia, estados confusionales (desorientación, alteraciones en la memoria, apatía, irritabilidad) y, al mismo tiempo, interrogar sobre las áreas de la vida que no son mencionadas espontáneamente. Finalmente, serán motivos de exclusión de los postulantes la presencia de alguna psicopatología severa según el

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, 2013) o en su historia familiar, el abuso de sustancias, el uso actual de medicación psicoactiva, historia de abuso sexual o físico no elaborado, estrés o angustia excesiva, funcionamiento cognitivo pobre o deteriorado, incompetencia mental, prácticas sexuales de riesgo, posición querellante, elaboración de un proceso de duelo (pérdida reciente) o un duelo patológico (depresión), motivación inapropiada y expectativas inadecuadas del proceso de donación, o conductas y actitudes desfavorables.

4. Asesoramos: ¿cómo lo hacemos?

Boivin et al. (2001), en una guía de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) propuesta para el trabajo con pacientes de infertilidad, resaltan las particularidades de estos sujetos y su problemática. A su vez, establecen una diferencia con otro tipo de consultas médicas (como la estrictamente ginecológica), ya que estas giran en torno a sintomatologías específicas, mientras que en los pacientes de infertilidad, lo importante es conocer su nivel de sufrimiento y posibles problemas psicosociales. Esto se debe a que lo que predomina es el deseo, todavía no alcanzado, de tener un hijo. Estas guías recomiendan el asesoramiento en casos de donación de gametas, de embriones, de gestación por sustitución o adopción donde se asume que el impacto emocional es distinto que en los casos en los que no se necesitan “terceros”, sobre todo por los aspectos éticos relacionados con los intereses del niño por nacer, el ambiente familiar en el que este niño nacerá y posibles conflictos de intereses a la hora de tomar decisiones. En los casos de donación intrafamiliar, el

asesoramiento consiste en clarificar los roles de cada integrante de la pareja y del o la donante, así como los límites de la relación (Boivin et al., 2001). Al respecto, en el capítulo de “Evaluación de donantes de gametos y apoyo psicológico” del manual de la Sociedad Española de Fertilidad, se menciona la donación “conocida” como una posibilidad, pero en relación con los donantes solamente se hace una descripción del perfil sociodemográfico y no se especifica el modo de trabajo con ellos, ni se refieren diferencias en su evaluación (Lasheras Pérez y Clua Obradó, 2012).

Entonces, el asesoramiento psicológico debe enfocarse en el tipo de problemática predominante, que puede ser altos niveles de sufrimiento (que podrían reflejar síntomas de ansiedad o depresión), problemas en la sexualidad, casos de embarazos múltiples o la necesidad de incluir terceros en su tratamiento como alternativa para la creación de la familia; debe cuidar y ver cómo se siente la madre o el padre que no estará relacionado/a genéticamente con el niño por nacer, discutir la intencionalidad de la pareja de comunicarle al futuro niño que fue engendrado a través de un gameto donado, e informar aspectos éticos y legales (Boivin et al., 2001). También es de vital importancia el asesoramiento a personas solteras y parejas que tengan la intención de recibir gametos provenientes de un familiar.

En síntesis, se recomienda propiciar la comprensión de las implicancias de las distintas opciones de tratamiento, de modo que los usuarios puedan enfrentarse saludablemente a las consecuencias de la experiencia de infertilidad y, además, puedan decidir libremente qué camino tomar.

5. A modo de cierre

En el desarrollo del presente capítulo, se han planteado algunas directrices que cruzan los escenarios en los que trabaja el/la psicólogo/a formado/a en reproducción humana asistida. Además de describir la confrontación con las limitaciones que presentan las donaciones intrafamiliares se establecieron características inherentes al proceso de la donación: miedos, ansiedad, angustia, incertidumbre respecto del futuro, la vulnerabilidad de los donantes y de los receptores de gametos intrafamiliar.

Dentro de este controversial contexto, se espera que el profesional de la psicología realice la evaluación y el asesoramiento psicológico de los sujetos involucrados en la donación intrafamiliar de gametos. Distintas funciones como *brindar* asesoramiento y *realizar* evaluaciones nos invita, como profesionales psicólogos/as, a hacer hincapié en la importancia de sistematizar la evaluación en esta práctica, que presenta implicaciones tan delicadas y sobre todo donde se decide por un tercero que todavía no existe; así como a hacer foco en la necesidad de cuidar los vínculos entre los sujetos involucrados; incluyendo a los profesionales de la salud, médicos y psicólogos.

Finalmente, como expresamos líneas arriba, la evaluación en este ámbito se diferencia de la evaluación clínica, cuyo objetivo es la realización de un psicodiagnóstico. Entendemos que el concepto de

asesoramiento psicológico requiere revisión. En este sentido, en el ámbito de la medicina reproductiva, el asesoramiento se apoya en los fundamentos teóricos y clínicos (de los dispositivos individuales, grupales o de pareja), pero focaliza en los aspectos y los problemas referidos. Es decir, se asesora sobre un tema puntual y acotado. En todos los casos, la bibliografía sugiere que tanto el asesoramiento como el tratamiento estén centrados en el paciente (Boivin et al., 2001; Giménez Mollá, 2012).

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V. Editorial Médica Panamericana.
- American Society of Reproductive Medicine (2012). Family members as gamete donors and surrogates. *Fertility and Sterility*, 98(4), p. 797-803. doi: 10.1016 /j.fertnstert.2012.06.046.
- Blaquier, J.; Estofán, G.; Horton, M.; Martínez, A. G.; Morente C. y Pené, A. (2015). Normas para la acreditación de centros de reproducción humana asistida. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER). Versión 12, aprobada por CD el 20/8/2015. Vigencia: 1/1/2016. En línea: http://www.samer.org.ar/pdf/normas_ctros/normas_2015.pdf

- Bredenoord, A., Lock, M., y Broekmans, F. (2012). Ethics of intergenerational (father-to-son) sperm donation. *Human Reproduction*, 27 (5), pp. 1286–1291. doi: 10.1093 / humrep / des071. Epub 2012 Mar 7.
- Boivin, J., Appleton, T. C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., Daniels, K.R, Darwish, J...., y Kentenich, H. (2001). Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Human Reproduction*. 16 (6) 1301–1304.
- Casullo, M. (2009). La evaluación psicológica modelos, técnicas y contextos - Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica 2009, 1(27). Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645443002.pdf>
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2012). Using family members as gamete donors or gestational carriers. *Fertil Steril*, 107(5), p. 1136–42. doi: 10.1016 / j.fertnstert.2017.02.118. Epub 2017 Mar 24.
- Fernández, D.; Girolami, M.; Jadur, S.; Melijovich, I.; Baccaro, M. M.; Willner, R y Zapiro, R. (2006). Guías para la admisión y asesoramiento psicológico en la donación y recepción de gametos donados. *SAMER Revista de Medicina Reproductiva*, 21(2). En línea: http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2006/n2/5_guia_donacion.pdf

Giménez Mollá, V. (2012). Apoyo e intervención psicológica en el consejo genético y el diagnóstico genético preimplantatorio. En Roca, M. et al. *Manual de intervenciones psicológicas en reproducción asistida*. (pp. 79- 85). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Jurkowski, L., Rossi, M., Manubens, R, T., y Olivera, J. (2019). Concientización acerca del cuidado de la fertilidad y actitudes hacia la parentalidad en estudiantes universitarios de Argentina. (En prensa).

Lasheras Pérez, G. y Cluá Obradó, E. (2012). Evaluación de donantes de gametos y apoyo psicológico en parejas receptoras. En Roca, M. et al. *Manual de intervenciones psicológicas en reproducción asistida*. (pp. 29-46). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Lima, N. S. y Rossi, M. (2019). Emergentes de la donación de gametos: entre las contingencias y las determinaciones de género. Diario DPI Suplemento Derecho Civil, Bioética y Derechos Humanos. (En prensa).

Marshall, L. (2002). Ethical and legal issues in the use of related donors for therapeutic insemination. *Urologic Clinics of North America*, 29(4), 855-861.

Mikulic, I. M. (2017). La Evaluación Psicológica y el Análisis Ecoevaluativo. Ficha de la Cátedra. Dep. de Publicaciones. Facultad de Psicología. Disponible en

<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/FICHA%201.pdf>

Resolución 1305/15, del Ministerio de Salud. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 25 de agosto de 2015.

Rossi, M.; Navés, F.; Barontini, G.; Jurkowski, L., Pérez, D. y Wang, L. (18 de octubre de 2018). Guías de Buenas Prácticas para la evaluación y asesoramiento de donación de ovocitos. Presentadas en la *IV Reunión Científica SAMeR: Donantes de Ovocitos*, Buenos Aires, Argentina.

Rossi, M. y Jurkowski, L. (2018). Proceso de evaluación psicológica en un caso de gestación por sustitución: trabajando en duplas. En: Navés, F. Moscuza, C., Thomas Moro, M., Barontini, G. y Szkolnik, I. (Eds.), *Gestación por sustitución: un abordaje interdisciplinario* (pp. 221-232). Buenos Aires: Edición de autor.

Vayena, Effy y Golombok, Susan (2012). Challenges in intra-family donation. In: Richards, Martin; Pennings, Guido y Appleby, John B. *Reproductive Donation: Practice, Policy, and Bioethics* (pp. 168-188). Cambridge: Cambridge University Press.

Capítulo 9

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN Y EL ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO A PERSONAS DONANTES DE OVOCITOS

Flavia Navés, Laura Wang, Diana Pérez, Ludmila
Jurkowski, Gabriela Barontini y Mariela Rossi

1. Introducción

Los avances en materia de reproducción asistida han modificado el mundo tal como lo conocíamos, y particularmente la noción de familia (Lima y Rossi, 2019). Hoy en día, asistimos a la conformación de diversas familias, donde muchas de ellas han sido posible gracias a la donación de gametos masculinos y/o femeninos. Este hecho encuentra su base en el avance de leyes que visibilizan y otorgan derechos a hombres y mujeres *cis* y/o *trans* que eligen, solas/os o en pareja, conformar una familia, como así también a parejas heterosexuales que debido a factores médicos deben recurrir a la donación de gametos. Asimismo, los cambios que se han dado en las últimas décadas en la sociedad — como la incorporación de las mujeres al mundo laboral, las uniones de parejas igualitarias y la postergación del deseo parental tanto en mujeres como en varones— acrecentaron la demanda de tratamientos de reproducción médicamente asistida (Llavona Uribellarea, 2008; Lasheras, Clua, Farré y Barri, 2011; Avila, Aguayo, 2011). La postergación en la edad en que las personas toman la decisión de tener hijos lleva al envejecimiento de los gametos femeninos y la disminución de la calidad seminal, lo que repercute en la vida reproductiva de los sujetos y amplía la demanda de los

bancos de gametos¹. La posibilidad de acceder a gametos donados es, entonces, una elección y una decisión que actualmente se encuentra atravesada por aristas sociales, culturales, políticas y económicas.

Además, la donación de gametos suscitó cambios en los lazos de parentesco y en las diversas composiciones familiares², ya que en el caso de mujeres u hombres sin pareja y de parejas del mismo sexo, la donación de gametos constituye un elemento obligado.³

En cuanto a la cantidad de tratamientos de alta complejidad que se realizaron con gametos donados, el Registro Argentino de Fertilización Asistida (2017) informó un total de 989 embarazos logrados por donación de ovocitos, con una tasa de embarazo que supera el 30%. Cabe aclarar que el número puede ser mayor debido a la imposibilidad de lograr una correcta trazabilidad de los datos (en tanto no contamos con un registro nacional de donantes y donaciones); solo existen datos obtenidos por entidades privadas. A esto se le suma el agravante de la pérdida de contacto entre el centro interviniente y el paciente una vez logrado el embarazo.

¹ Ahora bien, respecto de la donación de gametos, el decreto reglamentario 956/2013 de la ley de acceso integral, dispone en el cuarto párrafo de su artículo 8 que en caso de que en la técnica de reproducción médicamente asistida se requieran gametos o embriones donados, estos deberán provenir exclusivamente de los bancos de gametos o embriones debidamente inscriptos en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (ReFes) de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud, dependiente del Ministerio de Salud.

² Ver al respecto Navés, F.; Alaniz, R. & Rossi, P. *Género y familia(S) a la luz de las TRHA* en este volumen.

³ En el caso de un hombre sin pareja o pareja de hombres, la donación de gametos también es obligada pero a ella se le suma la complejidad de tener que recurrir a una tercera persona, distinta de la aportante de óvulos que geste para él o ellos

Straw, Scardino y Pérez (2017) señalan que en Argentina “la medicina reproductiva se caracteriza por tener un amplio desarrollo y expansión, tal como lo demuestra la cantidad de niños nacidos entre 1990 y 2011, que representan el 20.4% de los nacimientos ocurridos en América latina” (p. 2). Esta expansión en la cantidad de nacidos es secundada por la ley 26.862, promulgada en el año 2013, cuyo objetivo es garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida para todo tipo de personas —con independencia de su estado civil y orientación sexual—, incluyendo a las técnicas de baja y/o alta complejidad, con donación de gametos o sin ella. Por este motivo, nos proponemos elaborar una guía cuya mirada resida principalmente en el cuidado y el asesoramiento de todas las partes involucradas: personas donantes, pareja o persona receptora, niño por nacer y profesionales que participen de ese proceso; como así también en facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los profesionales de las diversas disciplinas de la medicina reproductiva.

2. Antecedentes

Barón, Koreck y Lancuba (2006) en su artículo *Evaluación de las motivaciones de un grupo de donantes pagas en un programa de ovodonación anónima* expresaron la necesidad de estandarizar los requisitos psicológicos, de minimizar los riesgos de que mujeres con trastornos de personalidad ingresen al programa de donantes, de investigar el grado de conocimiento y conciencia acerca de la naturaleza de la donación y sus consecuencias. Ese mismo año, la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER)

sugirió el asesoramiento psicológico en el caso de los tratamientos reproductivos de alta complejidad y el Capítulo de Psicología de SAMER desarrolló dos guías para la intervención psicológica. La primera, *Guías para la Intervención Psicológica en tratamientos de medicina reproductiva de alta complejidad*, establece los objetivos de la intervención psicológica en cada etapa del tratamiento así como los criterios de postergación o exclusión de quienes pretenden iniciar un tratamiento reproductivo; la segunda, *Guías para la admisión y asesoramiento psicológico en la donación y recepción de gametos donados*, deja claro que “en el contexto internacional, legislaciones de varios países especifican que los donantes deben recibir obligatoriamente evaluación y asesoramiento psicológico, con el propósito de brindar una base apropiada (ética y legal) para la firma del consentimiento informado y para considerar el impacto potencial de la donación” (Fernández, Girolami, Jadur, Melijovich, Baccaro, Willner y Zapiro; 2006, p. 28).

Años más tarde, SAMER establece las normas para la acreditación de centros de reproducción asistida; en ellas, Blaquier, Estofán, Horton, Martinez, Morente y Pené (2015) recomiendan que los centros asociados a SAMER que efectúan las prácticas de donación de gametos cumplan con ciertos requisitos, entre los que se recomienda la evaluación psicológica para todas las personas involucradas en el proceso de donación de gametos.

Finalmente, en el año 2018, el entonces Capítulo de Psicología de SAMER coordinado por la Lic. Mariela Rossi realizó las *Guías de Evaluación y Asesoramiento a mujeres donantes de ovocitos: escrito preliminar*, cuyo objetivo fue delinear las bases de trabajo y elaborar recomendaciones. La

idea surgió a raíz de la vacancia de pautas establecidas en Argentina para la evaluación y el asesoramiento psicológico en el ámbito de las TRHA, aunque en países como Estados Unidos y España la evaluación psicológica de las postulantes a la donación de gametos femeninos se encuentra protocolizada por la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) y la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) respectivamente. En la misma línea, Szkolnik, Thomas Moro, Barontini, Navés, Moscuza y Ferraris (2018) elaboraron la *Guía de buenas prácticas para la evaluación, asesoramiento y acompañamiento psicológico en gestación por sustitución* en función de esclarecer el quehacer del psicólogo en el ámbito. Su aporte resulta fundamental a la hora de pensar los criterios de evaluación y asesoramiento psicológico de personas donantes de ovocitos.

3. Motivaciones de las personas donantes

Wang y Pérez (2017) investigaron el perfil de las donantes con el interés principal de darles visibilidad a estas mujeres, y habilitaron así el pasaje de meras proveedoras de material genético a la incorporación y comprensión de sus historias como mujeres que deciden donar ovocitos. Saber *quiénes son* y *qué las convoca* fue un primer paso en el conocimiento sobre un rol invisibilizado. Los resultados presentados permiten ilustrar algunos aspectos referidos a las prácticas, motivaciones, experiencias y expectativas de las mujeres donantes que ingresan a un programa de donación de gametos. Los resultados obtenidos indican que las mujeres no donan solo por necesidad económica: su condición social y su historia de vida las convoca a ayudar. Su posición subjetiva (*modo de estar en el mundo*) se corresponde con sus primeros aprendizajes familiares (cuidar su propia casa, cuidar de sus

familias), por lo que se construye sobre la base del servicio y el cuidado del otro. Para estas mujeres, el ovocito es un don preciado y la donación un acto humano; sin embargo, no reciben valoración social por su acto de donar. Saberse fértiles representa un resarcimiento narcisista. La maternidad tuvo en ellas un efecto de empoderamiento.

A su vez, Lima, Álvarez Plaza y Cubillos Vega (2019) indagaron, entre otras cosas, las motivaciones de las donantes para inscribirse en un programa de donación de ovocitos. Esta investigación comparó muestras de un centro de Buenos Aires, Argentina, y dos de Madrid, España. Los resultados obtenidos en ambos países han sido similares en cuanto a la motivación; la mayor parte de la muestra ha señalado que la decisión estuvo motivada tanto por la compensación económica como para ayudar a otras personas a formar una familia. En el mismo año, Lima, Rossi, Kohen y Ormart (2019) realizaron una investigación multicéntrica en Argentina en la que indagaron, entre otros temas, cuál era la motivación para donar. Encontraron también estas motivaciones: la económica y la altruista, donde “*se hace algo bueno para que otra mujer sea madre*”. También se indagó cuál era la posición de estas mujeres respecto al pago percibido y qué uso le darían a este. El interés se centró en conocer el lugar que ocupaba la retribución económica en cuanto a la significación “para la economía del hogar” y su relación con la construcción sociocultural del carácter altruista de la donación (Lima, Rossi, Kohen y Ormart, 2019). Si bien las relaciones entre altruismo y compensación económica han sido exploradas por muchos autores (Viera Cherro, 2018; Álvarez Plaza y Pichardo Galán, 2017; Ariza, 2016; Orobitg, Bestard y Salazar, 2013), las entrevistadas, muchas de ellas provenientes de sectores vulnerables, señalaron que se sienten retribuidas por algo que “*saben*

hacer”; dinero que volvía al hogar en beneficio de sus hijos, lo que armaba un circuito donde ellas le dan algo a otras que no tienen, y establecía una lógica paradójica de tener-no tener (Lima, Rossi, Kohen y Fenley, 2019).

4. Evaluación psicológica

La evaluación psicológica es un proceso que implica la administración de al menos una entrevista psicológica semidirigida y de una batería de tests que pueden incluir técnicas gráficas y/o psicométricas. Para ello, sugerimos un mínimo de dos encuentros (con un intervalo de al menos siete días entre la primera y la segunda entrevista de evaluación), dejando abierta la posibilidad de realizar un tercer encuentro, en caso de que sea necesario volver a administrar un test o que el profesional considere que aún hace falta profundizar algún aspecto de la evaluación.

El objetivo general de la evaluación psicológica es evaluar la comprensión que la persona tiene del procedimiento y su aptitud psíquica. Para ello, sugerimos instrumentos de evaluación que permitan recoger información confiable y calificada con el fin de elaborar un diagnóstico presuntivo y situacional del sujeto que se evaluará.

Tal como lo sugieren Barón, Koreck y Lancuba (2006), consideramos imprescindible que la evaluación psicológica sea realizada por profesionales con experiencia en el tema, por lo que deberá tratarse de un profesional psicólogo que posea: título de grado, matrícula habilitada y formación de posgrado orientado en reproducción humana y fertilización asistida.

4.1. Durante la evaluación

4.1.1. La evaluación psicológica de las donantes de ovocitos deberá:

- 1) Detectar factores psicopatológicos que puedan obstruir el tratamiento médico (estimulación, punción, etc.), así como aquellos que puedan ser transmitidos genéticamente, tales como la esquizofrenia y otros trastornos.
- 2) Abordar los potenciales riesgos psicológicos en relación con el tratamiento médico y analizar sus expectativas respecto de este.
- 3) Indagar si dispone de habilidades de afrontamiento y si cuenta con una red de apoyo social adecuado.
- 4) Considerar los efectos emocionales producidos por el fracaso del tratamiento médico.
- 5) Conocer cuáles son las motivaciones respecto de la donación.
- 6) Comprobar que la persona tenga plena autonomía y que no exista evidencia de coacción en su decisión de donar.
- 7) Pesquisar si la decisión de donar sus gametos es aceptada o rechazada por sus lazos afectivos más cercanos.
- 8) En caso de que la donante sea conocida de la/los receptores, indagar el posible impacto en las futuras relaciones entre todos los participantes del proyecto parental⁴.

⁴ Para profundizar sobre el tema de donación intrafamiliar, remitirse a Navés, Jurkowski, Gallo y Rossi *Evaluación y asesoramiento psicológico en casos de donación intrafamiliar de gametos* en este mismo libro.

9) En caso de que la persona no sea aceptada en el programa de donación de gametos, se le deberá informar los motivos de exclusión y evaluar el impacto y los efectos que tiene esto sobre su estado emocional.

4.1.2. Durante el proceso de evaluación psicológica, las donantes deberán ser exhaustivamente asesoradas mediante un vocabulario accesible para cada postulante acerca de:

- 1) Educación sexual integral.
- 2) El valor biológico y simbólico del material genético con fines reproductivos.
- 3) Los posibles destinos del uso de sus ovocitos y de los potenciales embriones (donación, transferencia, cese de la criopreservación e investigación) aplicables a esta práctica.
- 4) Los aspectos relevantes del tratamiento médico que inciden en su salud integral (el número y el tipo de pruebas de enfermedades infecciosas que se realizarán y cómo se usará y compartirá la información médica con otras personas).

4.1.3. En el proceso de asesoramiento se deberá informar sobre los siguientes aspectos legales:

- 1) La importancia de firmar el consentimiento informado.
- 2) La inexistencia de vínculo jurídico con la donante cuando en el proceso reproductivo se utilicen gametos de terceros y de ello resulte un nacimiento.

- 3) La imposibilidad de reclamar sobre la descendencia que surja de los ovocitos donados.
- 4) La voluntad procreacional es el elemento volitivo que determina que es padre/madre quien brindó su consentimiento previo, libre e informado para serlo y no quien donó los gametos (ovocitos o semen).
- 5) Los alcances sobre el derecho a conocer la información genética. La falta de garantías ofrecidas por el sistema de anonimato. Las diferencias entre los conceptos de anonimato y confidencialidad.
- 6) La posibilidad de que el/la nacido/a eleve un pedido judicial para conocer los datos identificatorios del/a donante, según los artículos 563 y 564 del Código Civil y Comercial.

4.1.4. Criterios de inclusión de las donantes

- Ser mayor de 18 años y menor de 35 años.
- Tener buen estado de salud psicofísica.
- Contar con plena capacidad para la toma de decisiones.
- Demostrar compromiso y responsabilidad con el tratamiento médico.
- Motivación apropiada y expectativas adecuadas del proceso de donación.
- Se aconseja tener al menos un hijo vivo.
- Estar psicológicamente apta para atravesar el estrés quirúrgico.

4.1.5. Criterios de postergación o exclusión por motivos psicológicos de donantes

- Presencia de psicopatología severa en curso en eje I y II según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) (DSM V, 2013).
- Presencia de desórdenes psiquiátricos en su historia familiar.
- Abuso de sustancias.
- Uso actual de medicación psicoactiva.
- Historia de abuso sexual o físico no elaborado.
- Trastornos de Ansiedad.
- Depresión.
- Funcionamiento cognitivo pobre o deteriorado.
- Incompetencia mental.
- Prácticas sexuales de riesgo.
- Posición querellante.
- Elaboración de un proceso de duelo (pérdida reciente).
- Duelo patológico según lo establecido por el DSM.
- Motivación inapropiada y expectativas inadecuadas del proceso de donación.

5. Instrumentos de evaluación psicológica

5.1. Entrevista psicológica

La entrevista psicológica es una técnica importante para la exploración y el diagnóstico psicológico de los sujetos; es el instrumento fundamental del método clínico por ser una técnica de investigación científica (Rosenfeld y Aurutín, 2009; Bleger, 1973).

Permite indagar las siguientes áreas de la vida de los sujetos:

- A- Motivaciones para donar: comprensión del acto de donar, significaciones atribuidas a la maternidad y a la donación.
- B- Relaciones Interpersonales: familia de origen y su contexto familiar actual, genogramas, mudanzas, nacimientos y muertes, lazos filiales, hijos, pareja/s, redes cercanas de apoyo.
- C- Relaciones consigo mismo y con su propio cuerpo. Historia reproductiva: fertilidad, embarazos, partos, abortos, historia de anormalidades genéticas o cromosómicas. Sexualidad: métodos anticonceptivos, abuso, incesto.
- D- Perfil psicológico: evaluación cognitiva, historia psiquiátrica, uso de medicación psiquiátrica, diagnóstico psicopatológico.
- E- Psicoprofilaxis quirúrgica: miedos y fantasías relacionadas con el tratamiento médico, incluyendo la anestesia, inyecciones, quirófano, dolor, extracción de sangre, ecografías.

Si bien existen tres tipos de entrevistas —dirigida, libre y semidirigida— consideramos apropiada, para este propósito, la entrevista semidirigida, ya que el profesional psicólogo puede intervenir:

- Realizando preguntas amplias y abiertas con el objetivo de obtener mayor información.
- Indagando bloqueos, incremento de la ansiedad, emergencia de la angustia, estados confusionales (desorientación, alteraciones en la memoria, apatía, irritabilidad).
- Interrogar sobre las áreas de la vida que no son mencionadas espontáneamente.

5.2. Test de evaluación psicológica

Las técnicas constituyen un conjunto de instrumentos de evaluación psicológica y se clasifican en psicométricas y proyectivas. Las primeras se caracterizan por contar con procedimientos estandarizados y cuantificables, con medidas de validez y confiabilidad que permiten medir fenómenos psicológicos tales como: procesos/estados cognitivos y emocionales, la inteligencia, aptitudes especiales, entre otros (Cortada de Kohan, 2002). Por su parte, las técnicas proyectivas permiten explorar (cualificar - proyectar) la personalidad de una manera global.

A través de las mismas, se puede evaluar: el nivel madurativo, el grado de desarrollo cognitivo y emocional, el grado de organización y fortaleza yoica, el grado de organización del esquema corporal, la percepción de los otros y el mundo, el grado de diferenciación sexual, las formas de interacción con el medio (vínculos) y los conflictos, impulsos, ansiedades y defensas. (Febbraio, 2011, p. 113)

5.3. Técnicas psicométricas

Para los casos de evaluación de mujeres donantes de ovocitos, la Sociedad Española de Fertilidad propone la toma del Inventario de Personalidad Neo Revisado de Costa y McCrae, en cualquiera de sus dos versiones (Neo PI-R o Neo FFI), e Inventario Multiaxial Clínico de Millon-II (MCMI-II) (Millon et al., 2001/2006; Fernández-Ballesteros, 2005). Por su parte, la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva propone el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota. Este último se encuentra validado en nuestro país y creemos que podría complementarse con el Inventario de Síntomas SCL-90-R, que evalúa el estado psicológico general actual (Casullo y Pérez, 1999/2008; Derogatis, 1994). Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos, y está compuesto por 90 preguntas que evalúan 9 dimensiones psicopatológicas: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

5.4. Técnicas proyectivas

A los fines de sugerir una batería de test para la evaluación de donantes de ovocitos, seleccionamos las técnicas proyectivas que proporcionan la información necesaria sobre estas mujeres; nuestro objetivo es lograr una evaluación fidedigna y completa.

1. H-T-P (CASA-ARBOL-PERSONA)

Este test fue creado por John Buck en 1959. Es efectivo para evaluar trastornos de la personalidad y daño cerebral. Los conceptos gráficos (CASA-ARBOL-PERSONA) tienen gran potencia simbólica, ya que se saturan de las experiencias emocionales e ideacionales –conscientes e inconscientes– ligadas al desarrollo de la personalidad (Hammer, 1995). Permite observar la imagen interna que el sujeto tiene de sí mismo y de su ambiente, qué cosas considera importantes, cuáles destaca y cuáles desecha.

2. PERSONA BAJO LA LLUVIA

El test evalúa mecanismos de defensa (desplazamiento, regresión, anulación, aislamiento, represión, inhibición, defensa maníaca) frente a situaciones adversas y estresantes e indica la ausencia/presencia de defensas psíquicas y el modo en que el paciente puede hacer uso de ellas.

3. CUESTIONARIO DESIDERATIVO

Este test fue creado por Bernstein en 1956. Debe administrarse luego de haber establecido un buen rapport y a continuación de las técnicas gráficas. Estudia el proceso de identificación y desidentificación al someter al sujeto a varios microduelos. Aporta datos acerca de la estructura, la dinámica y la economía de la personalidad (Maladesky y Veccia; 2002).

6. Conclusión

En el presente capítulo, hemos resumido los aspectos centrales para la evaluación y el asesoramiento de personas donantes de ovocitos con el objetivo de unificar criterios y elaborar una herramienta de trabajo que oficie de guía para el profesional psicólogo. A su vez, consideramos de suma importancia seguir profundizando y reflexionando sobre la práctica del psicólogo en el área de las técnicas de reproducción humana asistida, así como también enriquecer y favorecer el trabajo inter y multidisciplinario donde prime el cuidado de todas las partes involucradas.

Referencias bibliográficas

- Álvarez Plaza, C., y Galán, J. (2017). Mercancía o don: Bancos de semen y autonomía reproductiva. AIBR: *Revista de Antropología Iberoamericana*, 12(3), 339-363.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed) (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Trad.) España: Editorial Médica Panamericana (Trabajo original publicado en 2013)
- Ariza, L. (2016). No pagarás. En *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27(52).
- Barón, L.; Koreck, A. y Lancuba, S. (2006). Evaluación de las motivaciones de un grupo de donantes pagas en un programa de ovodonación anónima. En *SAMeR Revista de Medicina Reproductiva*, 21(2). En línea: http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2006/n2/9_evaluacion_donantes.pdf

- Blaquier, J.; Estofán, G.; Horton, M.; Martínez, A. G.; Morente C. y Pené, A. (2015). Normas para la acreditación de centros de reproducción humana asistida. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER). Versión 12, aprobada por CD el 20/8/2015. Vigencia: 1/1/2016. En línea: http://www.samer.org.ar/pdf/normas_ctros/normas_2015.pdf
- Capítulo de psicología de SAMER (2018). *Guías de Evaluación y Asesoramiento a mujeres donantes de ovocitos; escrito preliminar*. En línea http://www.samer.org.ar/pdf/guia_buenas_practicas.pdf
- Casullo, M. y Pérez, M. (2008). *El inventario de síntomas SCL-90 de L. Derogatis*. Adaptación UBA-Conicet 1999-2008 Prof. M. M: Casullo. En línea: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf
- Cortada de Kohan, N. (2002). Importancia de la investigación psicométrica. En *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 229-240.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Ethics Committe of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). *Recommendantions forgamete and embryodonation: A commitee opinion*.

Febbraio, A. (2011). Desarrollo y evolución de la evolutiva gráficas, Criterios de interpretación de las pautas evolutivas gráficas en las Técnicas Gráficas Projectivas. En Celener, G., Febbraio, A., Rosenfeld, N., Hidalgo, G., Peker, G., Battafarano, S., Avrutin, H. y Jordá, J. (2011) *Técnicas Projectivas. Actualización e Interpretación en los Ámbitos clínico, laboral y forense. Tomo I. Parte II*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Evaluación psicológica y test. En: A. Cordero et al. (Eds). *La evaluación psicológica en el año 2000*. Madrid: TEA Ediciones.

Fernández, D.; Girolami, M.; Jadur, S.; Melijovich, I.; Baccaro, M. M.; Willner, R y Zapiro, R. (2006). Guías para la admisión y asesoramiento psicológico en la donación y recepción de gametos donados. En *SAMER Revista de Medicina Reproductiva*, 21(2). En línea:

http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2006/n2/5_guia_donacion.pdf

Fernández, D.; Girolami, M.; Jadur, S.; Melijovich, I.; Baccaro, M. M.; Willner, R y Zapiro, R. (2006). Guías para la Intervención Psicológica en tratamientos de medicina reproductiva de alta complejidad. En *SAMER Revista de Medicina Reproductiva*, 21(2). En línea:

http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2006/n2/4_guia_intervencion_psicologica.pdf

Gamete and embryo donation (Mayo 2002). ESRHE Task Force on Ethics and Law. *Hum Reprod*, 17(5), 1407-8.

Hammer, E. (1995). *Test proyectivos gráficos*. México: Paidós.

Lasheras G., Clua, E., Farré, J. M. y Barri. P. N. (2011). Psiquiatría de Enlace y Reproducción Asistida: Resultados del "screening" psicopatológico en donantes de ovocitos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 100, 55-64.

Ley 26.862. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida, Boletín oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 5 de junio de 2013.

Llavona Uribelarrea, L.M. (Mayo/Agosto 2008). El impacto de la infertilidad. En *Papeles del psicólogo*, 29(2), 158-166. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. En línea: <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=77829202>

Lima, N., C. Álvarez Plaza y C. Cubillos Vega (2019). Donantes de ovocitos: análisis comparativo de dos muestras de Argentina y España sobre perfil de donantes, motivaciones y anonimato. *Política y Sociedad*, 56(3), 603-622.

Lima, N.S., Rossi, M., Kohen, N. y Ormart, E (2019). Resonancias de la donación de óvulos. *Premio Facultad de Psicología*. Universidad de Buenos Aires.

- Lima, N.S., Rossi, M., Kohen, N. y Fenley, F (2019). ¿Proveedoras o donantes? Resultados parciales de una investigación cualitativa en ovodonación. Trabajo presentado en *Congreso de Psicoanálisis y Género, ApdBA*, Buenos Aires, Argentina.
- Lima, N.S. y Rossi, M (2019). Emergentes de la donación de gametos. Entre la contingencia y las determinaciones de género. En *Derecho de Familia - Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*. En prensa.
- Maladesky F. y Veccia, T (2002). El cuestionario desiderativo: características, análisis y aplicación. Ficha del Depto. de Publicaciones, Facultad de Psicología UBA. En línea: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/042_ttedm2c2/material/fichas/cuestionario_desiderativo_maladesky_veccia.pdf
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2001/2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2a Reimpresión). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Morente, C. y Mackey, M.E. (2017). Registro Argentino de Fertilidad Asistida -RAFA-. Presentado en IV *Reunión científica SAMeR*, Buenos Aires, Argentina.

Orobitg, G., Bestard, J., y Salazar, C. (2013). El cuerpo (re)productivo. Interés económico y altruismo social en las experiencias de un grupo de mujeres donantes de óvulos. *Revista andaluza de Antropología*, 5, 91-104.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2008). Guidelines for gamete and embryo donation: a Practice Committee report. *Fertility and Sterility*, 90(5), S30-S44.

Roca, Monserrat y Giménez, Vicenta (2012). *Manual de Intervención Psicológica en Reproducción Asistida*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rosenfeld, N y Aurutín, H. (2009). La entrevista psicológica. En Celener, G. Coord. *Técnicas Proyectivas. Actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y Forense*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Sociedad Española de Fertilidad (2009). *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida I y II*. Grupo de interés en Psicología.

Szkolnik, I.; Thomas Moro, M.; Barontini, G.; Navés, F.; Moscuza, C. y Ferraris, M. (2018). Guía de buenas prácticas para la evaluación, asesoramiento y acompañamiento psicológico en gestación por sustitución. En *Gestación por sustitución: Un abordaje interdisciplinario*. Navés, F.; Moscuza, C.; Thomás Moro, M.; Barontini, G. y Szkolnik, I. (Coomp.). Buenos Aires: Edición de Autor.

- Straw, C. Scardino, M., Pérez, A. (Enero/Junio 2017). La mirada de usuarios de técnicas de reproducción asistida con donante o gestante en relación con los embriones. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, 11(39).
- Viera Cherro, M. (2018): El “don” de la vida. Un análisis de la economía moral de la donación de gametos en Uruguay. *Revista de antropología social*, 27, 287-306.
- Wang, L. y Pérez, D. (2017): La otra cara de las TRHA (técnicas de reproducción humana asistida): Las Mujeres Donantes. Investigación Cualitativa de carácter exploratorio. *Derecho de familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, 78, 261.

TERCERA PARTE



INTERDISCIPLINA

Capítulo 10

“¿PORQUÉ ACÁ NADIE LO CUENTA?”: ESTRATEGIAS PARA COMUNICAR Y SOCIALIZAR LA EXPERIENCIA CON LAS TRHA

María Cecilia Johnson

Este capítulo explora la manera en que las usuarias de técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) comunican su experiencia reproductiva y las estrategias que despliegan para esta comunicación, entendiendo que la identidad de usuaria resulta aún estigmatizante en Argentina.

Basado en una investigación cualitativa que retoma la experiencia biográfica de usuarias de Córdoba, Argentina, se analizan diferentes dimensiones de esta comunicación que surgen como tópicos centrales de los relatos: la importancia de encontrar interlocutores válidos que puedan comprender la complejidad de su experiencia reproductiva; las estrategias vinculadas a representaciones en los medios de comunicación y la cultura popular; la importancia de los intercambios entre las usuarias y los dispositivos grupales u otros espacios donde aparecen interlocutores idóneos para comprender la trayectoria. Ello puede conducir a que las usuarias se identifiquen de forma individual o que, en ocasiones, se sientan parte de un colectivo. Siguiendo a Rose (2007), la identidad de usuaria de TRHA puede constituirse en una plataforma de ciudadanía, pero presenta sus particularidades en las diversas experiencias por la centralidad de la lógica del campo biomédico.

1. Introducción

Si bien en Argentina se reconoce, desde el año 2013, el acceso a la cobertura a las TRHA¹, estas transformaciones jurídicas no han sido automáticamente acompañadas por otras transformaciones sociales y culturales respecto a otras formas de reproducción, de construcción de la familia y el parentesco. Aunque el reconocimiento legal transformó en gran medida el acceso de estas técnicas a la población, las personas usuarias no están exentas de vivir discriminaciones, así como experimentar diversas formas de estigmatización al comunicar su experiencia reproductiva. El estigma de la infertilidad y los atravesamientos de género, el cuestionamiento sobre la edad de las personas usuarias, el uso de gametos donados como tabú, hasta la discriminación por la orientación sexual en algunas instituciones, plantean un escenario con diferentes obstáculos a los que las personas usuarias se enfrentan de forma frecuente².

Así mismo, este tratamiento difícilmente se lleva de forma privada, ya que requiere que las usuarias activamente se dispongan a transitar y resolver los obstáculos burocráticos, legales, económicos y médicos que encuentran en el proceso. Ello supone asumir una nueva identidad, en ocasiones imprevista, como es la de constituirse en *usuaria de TRHA*. Siguiendo a Nikolas Rose

¹ Así también el nuevo Código Civil (2015) reconoce la voluntad procreacional de quienes se constituyen como progenitores a partir de estas técnicas.

² Algunas obras sociales en la Provincia de Córdoba continúan basando su cobertura en el diagnóstico de infertilidad, excluyendo a quienes no se enmarcan en el dispositivo conyugal y heterosexual, por fuera de lo que la Ley Nacional establece.

(2007) en un escenario neoliberal el campo biomédico se encuentra con pacientes que también son consumidores; sin embargo, son estas identidades las que habilitan la construcción de una plataforma para demandar al Estado por el reconocimiento de sus derechos como *ciudadanas biológicas*.

En Argentina, las transformaciones jurídicas que reconocen la cobertura y la filiación a partir de las TRHA estuvieron acompañadas por la demanda y organización de la ciudadanía a través de diversas asociaciones de la sociedad civil que demandaron colectivamente la cobertura de estas técnicas³. Sin embargo, estas formas de agencia también se advierten en las experiencias de usuarias de modo individual, lo que supone que en sus trayectorias como “pacientes”, el tratamiento exige una ciudadanía activa que no recae solo en el uso de medicamentos, sino en el despliegue de un conjunto de tecnologías del yo, de cuidado y conocimiento de sí mismo (Rose, 2007, p. 143), así como de participación desde dispositivos grupales de usuarias. Sobre estas dimensiones colectivas e individuales de agenciamiento reconocidas, se explorarán en el presente trabajo los relatos biográficos de las usuarias de TRHA situados en la provincia de Córdoba, Argentina⁴. El análisis cualitativo e

³ Algunas de las asociaciones reconocidas son: “Sumate a Dar Vida”, “Concebir”, “Develar”, “Personas con Infertilidad en la Lucha”, “Abrazos por dar Vida”, “Lesmadres”.

⁴ En el marco de la tesis doctoral titulada “Nuevas tecnologías reproductivas: sentidos sobre el parentesco en las trayectorias biográficas de mujeres de Córdoba”, se analizaron veintiún relatos biográficos de mujeres usuarias actuales o pasadas de TRHA de la provincia de Córdoba que fueron entrevistadas durante 2015-2018. La muestra estuvo conformada por mujeres cis cuyas edades oscilan entre los 32 a 65 años. Una característica común es que dieciocho entrevistadas de la totalidad de la muestra (20) han realizado estudios

interpretativista de los relatos biográficos (Conde, 1994; Meccia, 2013; Sautu, Boniolo, Dalle, y Elbert, 2005) puso de manifiesto la complejidad que supone, para algunas usuarias, la ausencia de espacios de biosociabilidad, lo que genera dificultades a la hora de comunicar su experiencia con las TRHA⁵.

2. Comunicar la experiencia reproductiva y sortear el estigma

Siguiendo a Goffman (1959), la presentación de sí mismas es uno de los aspectos centrales que permite comprender la complejidad en las interacciones comunicativas que experimentan las usuarias. Relatar el tratamiento en espacios donde los interlocutores no contaban con los marcos referenciales para comprender el tratamiento no solo dificultaba la comunicación de la experiencia, sino que en ocasiones reforzaba el estigma sobre las usuarias.

De alguna manera, lo que reflejan las experiencias es que es preciso contar con cierto *habitus*, siguiendo a Bourdieu (1997), para comprender el proceso. El hecho de que las personas interlocutoras no cuenten con estas disposiciones y marcos de referencia que se adquieren por formación médica o por atravesar una experiencia con las TRHA, supone diversas formas de estigmatización y hasta

terciarios o de nivel superior y pueden caracterizarse como profesionales de un sector social medio-alto. Investigación realizada con una beca doctoral de CONICET.

⁵ La identidad de las usuarias entrevistadas se encuentra resguardada, por lo cual algunos nombres y referencias personales han sido modificados con el fin de respetar un criterio de confidencialidad. Asimismo, prestaron su consentimiento para el análisis de la entrevista con fines académicos.

puede ser significado como una forma de control social sobre su reproducción. Ello responde a las concepciones heteronormativas circundantes sobre la sexualidad, que lleva a que las parejas experimenten el tratamiento como una *falla de la naturaleza* de mujeres y varones cis. Como señalan Dora Cardaci y Ángeles Sánchez Bringas (2009), la infertilidad se vivencia en diferentes contextos socioculturales como una condición vergonzosa, de la que no se habla libremente con otras personas (Inhorn, 1994; Kohter Riessman, 2000; Castañeda Jiménez, 2005; Cardaci y Sánchez Bringas, 2007). Esta forma de operar se encuentra en estrecha relación con la representación que los sujetos tienen sobre la infertilidad, ya que la viven como un hecho estigmatizante que debe ser ocultado hasta donde sea posible (Castañeda Jiménez, 2005: 353)(Cardaci y Sánchez Bringas, 2009:23). Este aspecto no resulta menor en el marco de una sociedad patriarcal que tiende a depositar la reproducción en el ámbito privado, que libera al Estado de la responsabilidad de colectivizar los cuidados y que, como señala el feminismo, deposita la reproducción y los cuidados en las mujeres (Lamas, 2014).

Así mismo, este estigma viene acompañado por las representaciones de las usuarias sobre el tratamiento como un proceso privado e individual, aspecto que coincide con los hallazgos de Cecilia Straw (2013), quien destaca las dificultades de las usuarias para politizar la experiencia. Así también lo señalan estudios previos, que destacan la importancia de la comunicación con el entorno (Ariza, 2014). Particularmente para quienes partían de un

diagnóstico de infertilidad⁶, comunicar el proceso y los resultados del tratamiento podían convertirse en un factor estresante, tanto para las usuarias como para sus parejas: qué comunicar, a quiénes, qué aspectos del tratamiento se podían compartir y dónde era seguro hacerlo.

Del mismo modo, se advertía en las experiencias de las usuarias que la decisión de “contar” o no al entorno social y laboral sobre el tratamiento era un aspecto que se evaluaba cuidadosamente; y cuando lo hacían, suponía desplegar un conjunto de estrategias que les permitían preservarse del estigma. Así contaba Sabrina:

Claro, amigos, todos los del entorno [no sabían del tratamiento], (...) **la familia sabía todo lo que uno estaba haciendo, pero viste el entorno siempre es: “te casas y tenés que tener hijos”,** y uno estaba pasando por un momento que ya era, no... (Sabrina, 35 años)

Como da cuenta el relato de Sabrina, la reproducción de las parejas heterosexuales se vuelve un asunto de debate cuando su medio social asume, desde la heteronormatividad, que las parejas están infringiendo el mandato reproductivo de acuerdo a lo esperado por el ciclo normativo de género. Este señalamiento del entorno se corresponde con la asunción patriarcal de que las decisiones reproductivas de las mujeres constituyen un asunto público, de interés común y, por ello, factible de ser controlado. En esta línea, Juliana refería que ella debió

⁶ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la infertilidad como una “enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”.

aprender a manejar estas situaciones con ayuda de su terapeuta, lo que para ella suponía una discusión sobre su autonomía en la decisión de ser madre:

Así sin pelos en la lengua, yo **me tuve que enfrentar a cada cosa (...): “¿qué problema tienen ustedes que no tienen hijos? (...) como si te casas, tenes que ser madre, no por un deseo, tenía que ser el mandato, viste. Fue terrible, luchar con esas cosas fue lo más difícil. (...) con mucha terapia uno aprende a hacerse fuerte en esas cosas, por eso me parecía que compartirlo con todo el mundo no tenía mucho sentido, era como que me desgastaba más ...”**. (Juliana, 36 años)

En el caso de Gisela, ella relata que solo su pareja y sus familiares más próximos conocían acerca del tratamiento, lo que era vivido como una forma de cuidado. Recién cuando queda embarazada, lo comunican a su entorno social y ella relata que ahí es cuando conoce otras experiencias de personas usuarias de TRHA. Aquí aparece más claramente la idea de reserva vinculado a la privacidad del tratamiento y el cuidado de la intimidad como una manera de preservarse emocionalmente: “G: Nosotros no es que no contábamos porque no queríamos decir del tratamiento, **sino por una cuestión de que (...) por ahí si no daba resultado el después iba a ser duro y que todo el mundo te pregunte**” (Gisela, 39 años).

En una línea similar, para Catalina el tratamiento constituye un aspecto privado hasta tal punto que lo equipara a la intimidad sobre la sexualidad de la pareja.

Para ella, dejar de comunicar los resultados de los tratamientos formó parte del aprendizaje de este transitar.

Nosotros no, porque no nos parecía una... **Nada malo hacer un tratamiento ni nada, entonces lo compartís**, y aparte todo con buena onda y energía (...) Y **después digo a mi esposo: “no contemos tanto, cuando la gente busca tener un hijo no te dice: hoy me voy a acostar con mi pareja”**. Nosotros no tenemos por qué contar también todo, después **tenés que estar dando explicaciones** de todo. (Catalina, 38 años)

Este “estar dando explicaciones” que señala Catalina, este “dar cuenta” a otras personas del tratamiento, se orienta a evitar el estigma social, principalmente en las parejas heterosexuales donde subyace la idea de infertilidad como falla. Del mismo modo, para Melina ello se expresaba como “incomodidad” y refleja la misma impresión: no es tan incómoda la idea de contar, como sí de dar cuenta a los demás de la propia reproducción. Sin embargo, así como surgían diversas formas de estigmatización, también se advierte un conjunto de estrategias que las usuarias ponen en práctica con el fin de encontrar los recursos adecuados para comunicar la experiencia.

3. Los medios de comunicación y las TRHA: estrategias para comunicar lo desconocido

Una estrategia advertida en los relatos que permitía subsanar la falta de esta competencia comunicacional para comprender el tratamiento y su estigma es la apelación a los medios de comunicación. Los medios periodísticos, las

novelas, las películas, la información provista en Internet constituyen herramientas de la cultura popular que presentan como posible la maternidad por TRHA a la vez que facilitan el proceso de comunicación de las usuarias al entorno social. En este sentido, como señala Goffman (1974), el marco en que se genera la interacción le confiere sentido a la comunicación (Goffman, 1974; Herrera y Soriano, 2004); en el caso de las usuarias, la existencia de estos recursos culturales permite comprender la pertinencia de sus estrategias comunicativas. Así aparece documentado por Celia Ramírez Gálvez (2003), cuando analiza el impacto social que tuvo en los medios de comunicación la aparición de las “telenovelas” en Brasil, donde algunos de sus personajes pasaban por un procedimiento de TRHA. Como señala la autora, esto llevó a familiarizar en el público brasileiro un conjunto de terminologías médicas antes desconocidas para la población (Ramírez-Gálvez, 2003, p. 23) destacando el efecto “didáctico” de estas (p. 26). En coincidencia con su estudio, el impacto de las telenovelas brasileñas también se expresó en las experiencias de usuarias argentinas. De esta manera aparecía en la experiencia de Melina, para quien un primer obstáculo para comunicarlo a su familia se vinculaba con las diferencias generacionales, y en este marco la telenovela constituyó un nuevo código de comunicación para compartir la experiencia con su madre: “M: [relatando la conversación] ‘—Mirá, ¿te hicieron esto? —Bueno, mami, me van a hacer lo mismo’. Entonces como que estaba enganchada, fue una casualidad. **Estaba enganchada con la novela, lo entendía al tema, y bueno, lo tomó bien, lo tomó bien**” (Melina, 41 años).

Particularmente, los medios de comunicación constituyeron una vía para comunicar la experiencia de usar las TRHA en aquellas experiencias que implicaban una ruptura con la configuración familiar heteronormativa y

conyugal, aspecto que sumaba una mayor complejidad para comunicar la experiencia.

Así mismo, desde experiencias argentinas, el impacto de la historia de actrices como el caso de Juana Repetto (quien expuso su experiencia de monoparentalidad por elección en los medios de comunicación) permitió acercar estas experiencias al repertorio de posibilidades reproductivas de las mujeres, lo que facilitó a las usuarias contar su experiencia⁷. Es así que cuando Candelaria comunica a su familia y a otras personas de su círculo social su proyecto de monoparentalidad elegida mediante las TRHA, recurre a la experiencia de la actriz, caso que fue debatido en los programas de televisión argentina al mismo tiempo que ella estaba comenzando el tratamiento. Valora también la vocación educativa de esta actriz, quien colaboró con una plataforma audiovisual donde compartió su experiencia con otras mujeres, al entender las dificultades sociales por las que atraviesan para comprender la monoparentalidad⁸:

No. No hay mucho marco legal tampoco, hay como un tabú. Yo justo la pegué porque la [nombre de su hija] tiene la misma edad del hijo de Juana Repetto (...) justo, porque como ella lo explicó y pasaron y todos los programas debatían y treinta panelistas opinando. (Candelaria, 36 años).

⁷ Juana Repetto, actriz argentina, constituye una figura pública que no solo ha contado su experiencia en diversos programas de televisión, sino que realiza un trabajo de comunicación social junto a una clínica de fertilidad para acercar su experiencia a las personas. Su canal de YouTube: <https://www.youtube.com/channel/UCZYr9fOPjqCW8f-PqMs0gxQ>

⁸ Canal de YouTube de Juana Repetto <https://www.youtube.com/channel/UCZYr9fOPjqCW8f-PqMs0gxQ/videos>

Es por ello que el impacto de las TRHA en los medios de comunicación, también ha sido relevante para hacer pública y socialmente inteligible la propia experiencia reproductiva. De esta manera, en ausencia de otras experiencias familiares o cercanas que permitan pensar otras maternidades, es constante en estos relatos la referencia a películas y a experiencias de personas presentes en los medios de comunicación. En este sentido, Candelaria, cuando pensaba cómo iba a ser la inseminación artificial, recordaba una película de Hollywood, con la que comparaba luego en su relato su propia experiencia:

No, es imposible, **la debemos haber visto los que hicimos el tratamiento de inseminación; por supuesto, Jennifer López con las botas así, toda espléndida, está bien hecha la película**, más o menos es lo que es, es lo que es. Entonces yo me acuerdo que ella acaba la exposición ginecológica y no pasaba nada, entonces yo fui muy relajada porque yo dije: **“no debe ser tan distante de la verdad, más allá de que sea Jennifer López”**. La cuestión es que fue así... (Candelaria, 38 años)

Del mismo modo, Sandra, quien se autoidentifica como lesbiana, había considerado la posibilidad de ser madre sin una pareja por haber visto en una película esta posibilidad de la inseminación:

Claro, y sí, producía pero menos que cualquier otra mujer, entonces es como que **yo siempre supe qué iba a tener que hacer, de otra forma tener un bebé**, pero bueno entonces yo en **alguna película vi esto de la inseminación (...)** esa idea me había quedado en la cabeza y yo por ahí, después me animé y digo bueno, voy a empezar yo sola a investigar en algunas clínicas. (Sandra, 43 años).

Sandra también recurrió a una experiencia mediatizada como fue el caso de la gestación por sustitución de la actriz trans Florencia de la V, para explicar su propia experiencia donde su pareja fue la gestante de uno de sus embriones fecundados. Así cuenta Sandra la conversación con su hermano:

...no, no, **es que voy a ser mamá, voy a ser mamá**”
“ah, sí” me abrazaba, me tocaba la panza “no, no, no está acá” “¿Cómo? No entiendo nada, no entiendo nada” “está en la panza de la [pareja]” “hay no, no, no, te juro que no te entiendo, ‘**¿Es como Ricardo Fort, es como no sé, como Florencia de la V, como esas cosas así?**’ [decía el hermano] ‘sí, algo así’. (Sandra, 43 años)

De esta manera, estas maternidades que se encuentran distanciadas del ideal normativo encuentran su condición de posibilidad a partir de cambios en el contexto social, cultural, tecnológico y legal, que permiten ser pensadas como una posibilidad y luego como soporte para su comunicación. Estos cambios culturales y sociales, no solo implican la posibilidad de pensar la maternidad fuera del constructo heteronormativo, sino que la idea de una maternidad sin una pareja empieza a aparecer como una posibilidad deseable; es una gran transformación social que pone en discusión siglos de estigmatización de estas maternidades que siempre existieron.

4. Espacios de sociabilidad y posibilidades de construcción de ciudadanía

A lo largo de los relatos, los espacios de sociabilidad de las usuarias —en el marco de las clínicas y otros espacios más allá de la familia extensa y las amistades— aparecieron como recursos valiosos y efectivos para

comunicar la experiencia. Ello podría vincularse con la noción de “biosociabilidad” que desarrolló Paul Ravinow, donde la biología es la base de la identificación colectiva (Rose, 2007), como supone ser “usuario de TRHA”.

Un espacio de sociabilidad frecuente para las usuarias se vincula con los intercambios en las salas de espera de las clínicas: espacios centrales para comparar procesos, experiencias en relación con los tratamientos y estrategias acerca de la atención recibida como pacientes y consumidoras de un tratamiento médico. Al respecto, Melina se refiere a lo que significa comunicar en el espacio público una experiencia que suele ser mayormente de la pareja y que supone un bagaje de información y vivencias:

Yo he hablado con muchísima gente, porque, es más, vos vas a un instituto de fertilidad y está lleno de gente. Vos decís ¿soy la única que tiene?, ¿soy la única que tenés problemas para...?" No, es impresionante la cantidad de gente (...). **Escuchás miles de historias, miles de historias buenas, malas, regulares...** (Melina 41 años).

La diferencia aquí es que las personas que forman parte de estos espacios cuentan con las disposiciones necesarias para comprender la experiencia misma: un lenguaje y vivencias comunes, procesos emocionales y físicos similares, búsquedas compartidas. Ser un interlocutor válido es central para que las usuarias se sientan habilitadas a comunicar su experiencia; aspecto que, como se relató previamente, se aprende en el proceso del tratamiento.

Otra dimensión de la comunicación tiene que ver con las propias fronteras de esta: qué aspectos contar.

Catalina advierte que cada vez se encuentra más naturalizado contar a otras personas su experiencia como usuaria de TRHA, pero lo que se suele ocultar es el uso de donantes de gametos. Este hecho aparece como la última cuestión que continúa siendo tabú. Ella relata que ni siquiera entre usuarias de TRHA es frecuente comunicarlo:

Capaz que sea la mentalidad cordobesa... Si en Buenos Aires ya hay bancos, todo el mundo lo hace, está más abierto... tendrán una mentalidad... **¿porqué acá nadie lo cuenta? (....) y como antes [contar] el tratamiento. Antes cuando la gente hacía tratamiento, tampoco lo decía. Y ahora todo el mundo lo dice. Y te encontrás y te recomiendas: ‘No, andá a tal médico’.** Los otros días, cuando iba al vacunatorio, un hombre [me comenta]: ‘Ah, yo lo tuve por tratamiento’ [a su hijo], ‘Ay, yo también’, le digo; salta la chica de atrás: ‘Ay, el mío también es de tratamiento, ¿con qué doctor?’. Todos éramos de [clínica de fertilidad], **éramos cuatro familias... todas con tratamiento, todos poniéndole la vacuna al chico;** terminamos hablando de [clínica de fertilidad], porque **todos éramos chicos de tratamiento...** (Catalina, 38 años).

La comunicación de esta experiencia da cuenta del estigma que aún persiste sobre las personas usuarias; pero también, como señala Catalina, esta frontera se va corriendo y naturalizando como parte de los repertorios posibles para ser madres y padres.

En ocasiones, este conjunto de dificultades sobre cómo y cuándo comunicar algunas particularidades del

tratamiento puede ser facilitado por la creación de otros dispositivos grupales. Un aspecto que apareció como central para la contención desde el ámbito público fue el espacio inicial de asesoría grupal que generó el espacio de Maternidad Nacional de Córdoba, como dispositivo que habilitó otras formas de organización de las usuarias. Este espacio fue propuesto por la institución como un primer encuentro con las personas interesadas en el tratamiento, donde se informaba a los diferentes grupos que iban comenzando tratamiento en determinados períodos. Ello les permitió conocerse entre las distintas usuarias de la salud pública y constituyó luego un espacio colectivo de usuarias de TRHA⁹. Así lo relata Cintia, quien realizó allí su tratamiento:

Bueno, **después había una reunión grupal de treinta personas, que éramos el segundo grupo**, porque ellos agrupan a los matrimonios, a las parejas. Entonces nos dan una charla, nos explican el proceso detalladamente, nos muestran los medicamentos que nosotros nos tenemos que colocar en la panza (Cintia, 44 años).

Este modo de organización, valorado por aquellas usuarias que allí se atendieron, dio lugar a la formación autónoma de grupos de acompañamiento entre mujeres cuyo medio de comunicación se basaba en reuniones virtuales que, al mismo tiempo, les permitió contar con una visión menos individualizada del proceso. Como relata Cintia, este contacto frecuente permitió al grupo conocer los resultados de las demás usuarias, lo que puso

⁹ Como señala también la nota periodística, se realizan asesorías a las personas interesadas. Disponible en: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/fertilizacion-ya-comenzaron-los-tratamientos-gratuitos> [Última fecha de consulta 12/01/2018].

en evidencia para ella la baja tasa de éxito de los tratamientos: “C: ...y **entre todas nos visitamos**. Vos sabés que fue algo muy lindo, en el sentido de que **cuando yo perdí a mi bebé, vinieron a casa, nos conteníamos; porque al final, de treinta que éramos, una sola mamá pudo tener sus trillizos ahí**” (Cintia, 44 años). Desde la experiencia de la importancia de este espacio grupal de contención entre usuarias es que Cintia se muestra crítica ante la falta de apoyo psicológico del Hospital:

La pérdida, la pérdida, yo creo que, sabés que, en esa parte estoy de acuerdo con un montón, **porque nosotros hicimos un grupo de Whatsapp con las mujeres que después se disolvió con los años, este... lo único que nosotras reclamábamos que nos hacía falta era un apoyo psicológico** en las mamás que perdíamos los embarazos, cosa que ahí no hay. (Cintia, 44 años).

Por otra parte, entre las entrevistadas que se atendieron en clínicas privadas, no aparecía este dispositivo grupal; pero sí se advertía una solidaridad entre usuarias, dado que todas las entrevistadas relatan haber explicado, acompañado y asesorado a otras mujeres que estaban realizando o querían realizar un tratamiento. De este modo, Sabrina relata la importancia de compartir su experiencia y sus aprendizajes:

...trato de contarla a mi historia, si es alguien muy allegado, digamos, que creo que me puede llegar a escuchar con interés, como para **que se dé cuenta de que no es el único que está pasando por eso**, porque uno cuando está en eso, en esa situación, te crees que sos el único. (Sabrina, 35 años)

Para otras usuarias, la experiencia de transitar el tratamiento sin socializarlo y en el ámbito privado de la salud las distancia, en mayor medida, de aquellas construcciones identitarias y colectivas como usuarias de TRHA. Nadia, una profesional de 50 años que realizó su experiencia con las TRHA quince años atrás en una clínica privada, cuenta que cuando se sancionó la ley del año 2013 no significó para ella el reconocimiento de un derecho que antes le había sido negado, sino que lo vivió con distancia de su experiencia, previa a esta ley:

N: ...Y esto, **no me siento parte, cuando vos me preguntás lo de la ley, si estuve con otra gente, viste que generalmente la gente que se siente parte de un colectivo ¿viste?**

E: Sí, sí.

N: Yo lo comento como que fui, sí,... **pero no me siento “parte de”... no. Como los padres adoptivos, viste que son partes, para mí fue natural en definitiva todo...** (Nadia, 50 años)

Parte de esa mirada se vincula con la fuerte impronta individual que tiene el acceso a estos tratamientos. Así lo señala Nadia, quien no se siente “parte de un colectivo”, entendiendo el marco en el que el tratamiento sucedió. Para otras usuarias que realizaron el tratamiento previo a la ley, la sanción de esta y su reconocimiento como un derecho significó a su vez el reconocimiento social de un aspecto de su vida vivido como un estigma. A esto refiere Alcira cuando cuenta que veinticinco años atrás había realizado los tratamientos de forma privada. Para ella no

estaba en juego la cobertura, pero sí su reconocimiento como ciudadana, y ubica a esta ley en el marco de otros procesos de reconocimiento de derechos sociales:

Pasaron las sesiones, muy movilizante, muy movilizante, sí, lo lloré (...) recordé un montón de situaciones, y me impactaba cómo algunos de los relatos (...) pudieron lograron transmitir esto que uno sintió en palabras legales, porque no es fácil. Porque acá te estoy hablando desde el sentimiento, pero transmitir esto, pasarlo a lo legal y que no quede en una letra fría (...). Hay personas que lo lograron, que lograron encuadrar lo legal con el sentir. (Alcira, 63 años)

Al comparar la experiencia de Alcira con la de Nadia, siendo dos usuarias que hicieron el tratamiento previo a la ley, se advierte en el caso de Alcira un proceso de resignificación del tratamiento que la lleva a considerarlo como un derecho, lo cual tiene un anclaje también en otras experiencias vividas durante el transcurso de este. Alcira, a causa de haber atravesado por un conjunto de dificultades —en su caso una mala praxis—, es convocada por el último médico que la atendió a colaborar como voluntaria en una clínica reproductiva para acompañar a otras mujeres. Esta experiencia le permitió luego identificarse con otras usuarias y pensarse políticamente como parte de un colectivo. En cambio, como sucedió con la configuración de asociaciones de la sociedad civil en el momento de la presentación del proyecto de ley de reproducción asistida, para otras usuarias significó una experiencia diferente, en tanto se constituyó en una plataforma de ciudadanía por el reconocimiento de un derecho. Lo que se advierte en la

actualidad es que, logrado el objetivo legal, no aparece en las usuarias entrevistadas una identidad colectiva sino la disputa de un derecho desde el lugar individual.

El relato de Hillary da cuenta de ese transitar individual, a partir de su recorrido por el reconocimiento de la cobertura de la obra social. Cuando encontró limitaciones para costear con sus propios recursos el tratamiento, esto la llevó a posicionarse como una usuaria que podía exigir un derecho reproductivo. Aquí las resistencias iniciales para exigir la cobertura, al igual que en otros casos, no se vinculaban con una concepción del tratamiento como algo del orden “privado e íntimo”, sino que su reclamo involucraba una considerable cantidad de tiempo y trabajo reproductivo para las usuarias, lo que era deseable evitar. Sin embargo, este proceso la lleva a reconocer lo que señala la ley y a disputar la exigibilidad de un derecho que en las obras sociales suele ser obstaculizado:

H: ...hasta que no consiga que me cubra la obra social, **no lo hago y busqué el texto de la ley, me la leí y entonces vi cómo era, revisé todo y entonces dije: ‘tengo que encontrar la manera, sí o sí, de que me lo cubra, porque la ley es muy explícita’.** Me fui a la superintendencia de salud y me dijeron que sí. (Hillary, 49 años)

De esta manera, Hillary tuvo que estudiar la letra de la ley y llevar su demanda al ente nacional que rige estas coberturas, a partir de lo cual compuso una diputa muy clara, en función de un reconocimiento que es claramente universal. Más aún, Hillary tuvo que hacer frente a la heteronormatividad de la cobertura, que en la práctica es discriminatoria en muchas obras sociales. Con el reconocimiento del acceso por parte del Estado y la cobertura de las obras sociales, se advierte un

posicionamiento de las usuarias que supone la exigibilidad de este derecho. Sin embargo, la estrategia es fundamentalmente individual, como también da cuenta el caso de Catalina:

...[haciendo referencia a la ley] **hay cosas que para mí es una ley que hay que seguir trabajándola.** (...). Y no te la hacen para nada fácil las obras sociales. (...) Yo era la peleadora de las obras sociales. (...). Me veían entrar en la obra social, a **algunos les agarrará con la terapia, a otros les agarrará la cuestión mística y religiosa, el otro será qué sé yo... hace la asociación de padres que no pueden tener hijos (...). Y a mí me agarró la loca de la luchadora para que cumplan lo que la obra social dice.**" (...) No sabés las veces que me iba a sacar un análisis: 'ah, no pero lo tenés que hacer así', '¿me lo podes autorizar de nuevo?'. **Ir y venir. Yo, en una mañana, (...) lo dedicaba a ir y venir de las obras sociales. (..) Es agotadora la lucha, me había olvidado de ese aspecto.** (Catalina, 38 años)

Es interesante, sin embargo, cómo Catalina señala que una de las maneras de agenciar el tratamiento tuvo que ver tanto con la gestión de su cobertura como su exigibilidad, lo cual da cuenta de una práctica de ejercicio de ciudadanía desde su experiencia de usuaria.

A diferencia del relato de Alcira, quienes disputaron la cobertura de la obra social a partir de la ley, si bien la reconocen como condición que posibilitó su acceso a los tratamientos, no se refieren generalmente a las TRHA desde la exigibilidad de un derecho colectivo, sino desde un derecho individual.

5. Consideraciones finales

Siguiendo el análisis de Nancy Fraser (1989), una parte esencial en la lucha por el reconocimiento de las necesidades se vincula a la lucha por la interpretación de esas necesidades. Estas, formuladas por actores con intereses diversos, con legitimidades diversas (expertos, científicos, movimientos sociales), conllevan posiciones políticas, en general en disputa (González C., Nucci, N. y Soldevila A., 1999).

En Argentina, la posibilidad de que esta demanda alcanzara la agenda del Estado y fuera reconocida como un derecho implicó una legitimación de las necesidades de las personas, cuya politización colectiva, en ese momento, estuvo enmarcada en el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, los discursos que bregaron por su reconocimiento iban en la línea de los relatos de las usuarias, que lo trataban como un derecho individual a formar una familia, un derecho individual a procrear, lo cual lo sitúa en el espacio colectivo, pero reconoce un derecho individual o de la pareja. Este aspecto permitió el reconocimiento social de esta necesidad históricamente identificada como una dimensión del orden íntimo.

De esta manera, no es casual que aún luego del reconocimiento de la ley de reproducción asistida, la exigencia de este derecho se produzca en términos individuales. Sin embargo, desde una mirada feminista, también se puede comprender que *lo personal es político*, por lo que en estas experiencias individuales, también se pueden identificar diversos modos de resistencia, así como estrategias que suponen el reconocimiento de un derecho reproductivo, algo que para algunas usuarias era impensable en estos términos previamente al tratamiento.

Referencias Bibliográficas

- Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 18, 41–73.
- Bourdieu, P. (1997). El Espíritu de familia. En *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Cardaci, D., y Sánchez Bringas, Á. (2009). Hasta que lo alcancemos... Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas. *Alteridades*, 19(38), 21–40.
- Conde, I. (1994). Falar da Vida (II). *Revista Sociologia. Problemas e Práticas*, 16.
- Fraser, N. (1989). La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío.
- Goffman, E. (1959). *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González C., Nucci, N., Soldevila A., O. E. y C. R. (1999). *Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar. Informe de investigación*.

- Herrera, M., y Soriano, R. M. (2004). La teoría de la acción social en Erving Goffman. *Papers*, 73, 59–79.
- Lamas, M., (2014). Ensayo Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud pública de México*, 56(1).
- Meccia, E. (2013). Subjetividades en el puente. El método biográfico y el análisis microsociológico del tránsito de la homosexualidad a la gaycidad, *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 4(2), 38–51.
- Ramírez-Gálvez, M. C. (2003). *Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. Tesis - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
- Rose, N. (2007). *The Politics of life it self. Biomedicine, Power and Subjetivity in the Twenty First Century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., y Elbert, P. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO Colección Campus Virtual.

Straw, C. (2013). Cuando las demandas al Estado permanecen en el ámbito privado, íntimo y personal: el caso de la reproducción asistida para mujeres de sectores populares y medios, Área Metropolitana de Buenos Aires (0–8). Trabajo presentado en las *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Capítulo 11

EL ANONIMATO DE LA PROVISIÓN DE GAMETOS EN URUGUAY: UN CONSENSO IMPLÍCITO QUE SE EVIDENCIA Y REAFIRMA EN LA *PERFORMANCE* CLÍNICA

Mariana Viera Cherro

La definición sobre el carácter anónimo o no anónimo de la provisión de óvulos y espermatozoides de terceras personas en intervenciones de reproducción humana asistida es una decisión que inevitablemente acompaña estos procedimientos. La anonimidad o la ausencia de anonimato suponen condiciones diferenciales para la economía política de la donación,¹ para la conformación del parentesco en el marco de estos procedimientos y para el modo de proceder de las clínicas, entre otras.

En Uruguay, el carácter anónimo de la provisión de gametos fue una discusión clausurada antes de iniciarse: el anonimato aparece como un principio vertebral en estos procedimientos, sin cuestionamientos. Este principio dialoga, a su vez, con la posibilidad de la persona nacida en el marco de estas técnicas —o sus descendientes—, de acceder a información sobre la identidad de la persona “donante” una vez cumplida la mayoría de edad (21 años).

¹ Utilizo a lo largo de este capítulo los términos “donación” y “donante”, en tanto son los términos que se utilizan por parte de las clínicas, los programas de provisión de material reproductivo y la legislación. No obstante, considero que la idea de “donación” soslaya el carácter económico que tienen los procedimientos de provisión e intercambio de gametos en el marco de las tecnologías de reproducción asistida.

En este capítulo me interesa, a través de aspectos puntuales de la discusión legislativa, de las narrativas de las personas donantes y de la *performance* clínica mostrar el carácter vertebral que cobra el anonimato en Uruguay.

1. Sobre el anonimato y sus implicancias

El anonimato supone que quien(es) reciban gametos para intervenciones biotecnológicas con fines de reproducción² (procreación y parentesco)³ no accedan a datos identificatorios de la persona donante; esto no inhibe la posibilidad de tener información acerca de sus características fenotípicas e incluso de algunos aspectos de su vida personal. La importancia que se da a la búsqueda de similitudes fenotípicas entre quienes proveen los gametos y quienes los reciben hace que se estime importante comunicarle a quienes están transitando una intervención con gametos de donación algunas de estas características, aunque esto por supuesto implica una selección acerca de qué información comunicar y cuál obviar.

² Dejo fuera del análisis los gametos donados para fines de investigación, porque mi trabajo se centra en la reproducción humana asistida y porque el vínculo entre el material reproductivo y la identidad de la persona proveedora del material no es problematizado cuando el material reproductivo es provisto para estos fines.

³ Distingo entre procreación como reproducción puramente biológica y parentesco como una forma socialmente específica de gestionar la reproducción biológica, que en el caso de nuestras sociedades occidentales está vinculada a la búsqueda de conformar una institución denominada “familia” y al traspaso generacional de la información genética a través del ADN.

En el caso de Uruguay, a pesar de haberse legalizado el matrimonio entre personas del mismo sexo⁴ y permitirse el acceso y financiamiento a las intervenciones de la medicina reproductiva por parte del Estado para parejas de lesbianas, la eventual condición de homosexual del proveedor de gametos (a veces explícitamente expresada en un texto que se les pide que escriban para quienes recibirán su material de donación) se evita transmitir por parte de los especialistas a las parejas receptoras. La razón de ello, según me expresaba una técnica en mi trabajo de campo doctoral sobre provisión de gametos para TRHA (Viera Cherro, 2019), es evitar un posible rechazo de ese donante por parte de quienes van a recibir sus gametos.

En primer lugar, esto evidencia que, aun en una sociedad con un marco normativo “de vanguardia” en cuanto al respeto de la sexualidad de las personas, las formas no heteronormativas de vincularse continúan siendo estigmatizadas. Por cierto, sería ilusorio pensar lo contrario y confiar en que la ley garantice un cambio absoluto en las relaciones sociales. Sin caer en tal ilusión, lo que sí importa es relativizar ese tono de “vanguardia” con que se busca caracterizar de forma constante a la sociedad uruguaya, en estos y otros temas —por ejemplo, con respecto a la legalización del cannabis—, y de cuya relatividad quienes practican la reproducción humana asistida son muy conscientes.

Lo segundo que me gustaría advertir es que, más allá de las convicciones personales de quienes trabajan en procedimientos de donación de gametos acerca de las

⁴ Ley de Matrimonio Igualitario, N° 19.975, aprobada en mayo de 2013.

prácticas sexuales de las personas proveedoras, el dejar eventualmente sin utilidad una muestra de semen, es decir, que no encuentre una pareja o persona destinataria idónea⁵ constituye una pérdida económica que una empresa bioeconómica (Pavone, 2012) no se puede permitir. Por lo cual, evitar el rechazo de una muestra es económicamente relevante.

En cuanto a las implicancias del anonimato, se plantean varias dimensiones de análisis. Una de estas dimensiones refiere a cuánto afecta la reserva de la identidad de la persona proveedora de gametos los derechos de la persona nacida con material reproductivo de donación, fundamentalmente el derecho a la identidad, y en qué circunstancias debería permitirse otorgar esa información. En Uruguay, la persona nacida de estas técnicas puede, mediante una solicitud al juzgado competente y una vez cumplidos los 21 años, tener acceso a los datos de identidad de la persona donante; también pueden acceder a esa información descendientes de esta persona. El artículo 21 de la ley 19.167 señala que: “La identidad del donante será revelada previa resolución judicial cuando el nacido o sus descendientes así lo soliciten al Juez competente, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 22, 23 y 24 de la presente ley”.

Lima (2018) se pregunta si el derecho a conocer datos identitarios de la persona donante debe concebirse como derecho a la identidad o derecho a la información. Lo primero asume que la identidad, como noción de

⁵ Me refiero a que pueda ser elegible como destinataria, tomando en consideración los aspectos que resultan relevantes para la medicina reproductiva; fundamentalmente, similitudes fenotípicas y tipo de sangre.

pertenencia de un yo con respecto a un nosotros (Weeks, 1998), necesita de un conocimiento de los linajes familiares. Se trata de una noción fuertemente imbuida de una concepción de parentesco ligada al aporte biológico-genético de las generaciones ascendentes a su progeñe, la concepción que ha primado en occidente (Schneider, 1984).

Por ello, quienes buscan derogar el anonimato en la provisión de gametos, se apoyan en el art. 8 del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Roma, 1950), que refiere “(...) al derecho a conocer los orígenes biológicos, y ello como parte del derecho a la identidad personal y al desarrollo de la personalidad”. (Muñoz et. al., 2019, p.23). Identidad personal, desarrollo de la personalidad y conocimiento de los orígenes genéticos resultan absolutamente imbricados.

En cambio, en el documento de la Sociedad Española de Fertilidad (Muñoz et. al., 2019) se cuestiona esta idea, en tanto defiende el mantenimiento del anonimato. Explica, entre otros argumentos, que el anonimato no resulta incompatible con ofrecer información médica relevante a la persona nacida de estos procedimientos, en caso de que esta información fuera necesaria; y, por tanto, no atenta contra la salud de estas personas. En esta propuesta, la gestión del anonimato estaría más vinculada al derecho a la información, según el planteo de Lima (2018), que al derecho a la identidad. La Sociedad Española de Fertilidad también considera que el énfasis en las conexiones genéticas “(...) podría no ser la mejor manera de garantizar el bienestar de las familias no biológicas. De hecho, si las conexiones genéticas no estuvieran imbuidas de tal importancia, quizás los padres

serían menos reacios a revelar que los gametos fueron donados” (Muñoz et. al., 2019, p. 19).

Otra pregunta que se plantea Lima (2018) es si el acceso a este tipo de información debe ser regulado por el Estado o es un asunto que debe quedar en el ámbito de intimidad/privacidad de quienes recurren a estas técnicas. Agrega la autora que, sin un registro único de donantes (como ocurre en Argentina y por ahora también en Uruguay, donde la información queda en la órbita clínica), se abren incertidumbres acerca de las maneras de instrumentar ese acceso a futuro.

De la mano del debate de cómo administrar la información sobre la identidad de las personas donantes, se discute también sobre la pertinencia o no de que las familias comuniquen las circunstancias de nacimiento a sus hijos/as. Esta discusión va más allá del anonimato, porque se puede contar al niño o la niña que en su concepción participó una persona que no conoce, pero no develar la identidad de la persona. Es por eso que la discusión está principalmente vinculada al secreto que suele acompañar estos procesos de provisión de material reproductivo para proyectos parentales: dialoga con el anonimato, pero no se agota en él.

Anonimato y secreto se retroalimentan de diversas maneras. Una de ellas es la relevancia que se da en los procedimientos clínicos a la búsqueda de similitudes fenotípicas entre donantes y padre(s)/madre(s) sociales, lo que permite ocultar la participación de terceras personas en la concepción del/la hijo/a al entorno social de la pareja. Permite lo que Bergman define como un «parentesco sin parientes» (Bergman, 2012, p.353)⁶.

⁶ «relatedness without relatives»

La idea de «parentesco sin parientes» habla también de cómo se tramita socialmente la participación de las personas donantes, porque lo cierto es que la opción por el anonimato de la donación clausura la posibilidad de incluir a la persona donante en las redes de parentesco. Esto se contraponen a lo que se ha definido como coparentalidad, es decir, parejas que incluyen en la red familiar de formas diversas la figura de la persona que aporta el material reproductivo para la procreación. Cadoret (2003) investiga, para el caso de Francia, situaciones de este tipo, en las que un/a niño/a procreado/a a partir de material reproductivo proveniente de integrantes de dos parejas homosexuales —una pareja de lesbianas y una de gays—, es gestado por una de las integrantes de la pareja de lesbianas y criado y reconocido como hijo/a de ambas parejas. El concepto de parentesco, concebido como aquello que define los vínculos de afinidad, reciprocidad y cuidados mutuos entre personas, “desborda” la idea de familia —por lo menos, la idea de familia tradicional, limitada al par procreativo y su descendencia— como institución particular en el marco del parentesco heterosexual occidental; el parentesco es un concepto que permite abordar estos vínculos asumiendo su carácter maleable (Edwards, 1999), afín a cada contexto sociocultural e histórico. El anonimato en la donación de gametos resguarda, por el contrario, un concepto de parentesco ceñido a una mujer o pareja y su progenie.

Otro debate en torno a si la donación de material reproductivo debe o no ser anónima atañe a la economía política de la donación de gametos: la posibilidad o no de contar con personas dispuestas a donar si el anonimato no estuviera garantizado. Se ha argumentado que en los países en los cuales no existe anonimato para la donación

de gametos⁷, la biodisponibilidad de material reproductivo ha decrecido. A pesar de ello, las guías de buenas prácticas internacionales (American Society for Reproductive Medicine, Nuffield Council on Bioethics, Human Fertilization and Embryology Authority) intentan actualmente regular el manejo de la información relativa a los donantes (datos de salud e información identificatoria) bajo los sistemas de no-anonimato (Lima, 2018).

En Uruguay, sin embargo, el anonimato es algo que parece no aceptar cuestionamientos.

2. El anonimato en Uruguay: un principio indiscutido que se reafirma en la performance clínica

La relevancia que cobra el principio de anonimato en Uruguay se refleja en el ámbito de discusión parlamentaria, así como en los procedimientos clínicos y los relatos de las personas donantes. Existe un amplio consenso social respecto a que la donación de material reproductivo tiene que ser anónima.

En oportunidad de discutirse la habilitación de la gestación subrogada por parte de una familiar⁸, en el

⁷ Han levantado el anonimato para la provisión de semen: Suecia (1984), Austria (1992), Suiza (1999), Noruega (2003), Holanda (2004), Nueva Zelanda (2004), Reino Unido (2005), Finlandia (2006) y diversos estados australianos (2011). En países como Islandia (1996), Bélgica (2007), Dinamarca (1997) y Estados Unidos, se le permite a la persona donante elegir entre realizar una «donación» anónima o no anónima; este no anonimato en países como Estados Unidos puede no ser total, siendo la persona donante la que decide qué tipo de información compartir (Rivas, Álvarez Plaza y Jociles, 2018).

⁸ La subrogación está prohibida en la Ley 19.167, aceptándose, según expresa la ley (Artículo 25, Capítulo IV): “(...) la situación de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, quien podrá acordar con un familiar suyo de

marco del debate y posterior aprobación de la ley 19.167 en el Parlamento, el senador Carlos Moreira⁹ argumentaba “(...) esto invierte los roles; evidentemente, en este caso no se va a poder ocultar quién es la madre biológica. Es una inversión del principio general que rige y alimenta todo este proyecto de ley, que solo se permite acceder a la verdad biológica o genética por vía jurisdiccional (...)”.¹⁰

La ausencia de anonimato en este caso, a diferencia de lo que ocurre en la provisión de gametos por parte de terceros, se plantea en el discurso como una excepcionalidad que contraviene el principio general. El principio rector *debe ser* el anonimato, lo otro se presenta como una excepción y por esa razón resulta cuestionado.

Este principio también era el que regía, antes de existir una ley que regulara estas técnicas, el modo de proceder de las clínicas, porque se consideraba —y aún se considera— al anonimato como parte de las buenas prácticas clínicas. Es importante decir que la mayoría de estos/as especialistas se formaron en clínicas de España (Viera Cherro, 2015), donde el anonimato, como referíamos antes, también es un principio para defender, por lo menos por parte de la Sociedad Española de Fertilidad.

segundo grado de consanguinidad, o de su pareja en su caso, la implantación y gestación del embrión propio”. La mención a la “situación de la mujer cuyo útero no pueda gestar” se especificó para dejar por fuera del acceso a la subrogación a parejas homosexuales masculinas.

⁹ Senador del Partido Nacional, partido tradicional y de cuño liberal.

¹⁰ Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores del 9 de octubre de 2013. (n.º 246, Tomo 514). Disponible en: www.parlamento.gub.uy

El anonimato de la donación estaba presente también en otro proyecto legislativo previo, presentado por el senador Alberto Cid en 1996 y aprobado por parte de la Cámara de Senadores en 2003, pero que luego no obtuvo aprobación de Diputados¹¹. El referido proyecto solo habilitaba la provisión de semen de donación, no de ovocitos, y preveía el levantamiento del anonimato únicamente en circunstancias de comprobado peligro para la salud de la persona nacida de estos procedimientos o cuando ésta cumpliera los 18 años.

La relevancia del anonimato es también subrayada y actualizada en el proceder clínico, o *performance* clínica.

Muchos procedimientos en el ámbito clínico impactan por su carácter casi teatral; hay un cierto dramatismo en el modo en que, por ejemplo, se traslada el embrión en el extremo del catéter de transferencia — especie de aguja del largo de un antebrazo— desde la sala de “incubadoras de embriones” hasta el quirófano, para introducirlo en el útero de la mujer que, con una pierna en cada uno de los cabestrillos, aguarda en la silla de ginecología. En medio de la asepsia e impersonalidad de las batas de tnt y los tapabocas, este es un momento cargado de tensión, el último procedimiento técnico —o se espera que así sea— de un periplo que suele ser largo. A veces se acompaña de flashes fotográficos, como en el caso de una policía que, mientras su madre le sacaba fotos, recibía un embrión proveniente de una “embriodonación”;

¹¹ Documentos de la discusión parlamentaria sobre dicho proyecto disponibles en: https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/03614/ficha_completa

su segundo intento de embarazo¹². Estas son solo algunas de las emociones que atraviesan el aire del quirófano. Recuerdo en una de estas instancias que pude presenciar en el campo,¹³ un futuro papá que sostenía la mano de su esposa, la paciente, mientras se levantaba mareada de la camilla para pasarse a la silla de ruedas luego del procedimiento. El envión de estas emociones hizo que se me escapara un “suerte”, al que ella, dolorida, sonrió. Me fue imposible no pensar que quizás estaba siendo protagonista del momento en que se había comenzado a gestar una futura vida; ese momento habitualmente privado que en la clínica reproductiva se torna, no solo público, sino meticulosamente observado y mediado.

El concepto de *performance* al que recurro para abordar analíticamente el modo de proceder en este tipo de instancias clínicas, surge de la percepción, durante el trabajo etnográfico, de esta espectacularidad que cobran algunas de esas instancias.

Con el término *performance* suele hacerse referencia al mismo tiempo a un concepto teórico y a una lente metodológica que, como ocurre con el arte de la performance de la que toma su nombre, “resiste la codificación formal” (Taylor, 2001, p.15). Algo es una performance cuando forma parte de la tradición y es reconocida socialmente como relevante, mientras que algo se puede estudiar *como* una performance cuando se trata de una conducta reiterada y que, en tal sentido, pierde originalidad (Schechner, 2000). El arte de la performance

¹² Trabajo de campo en el Laboratorio *in vitro* B (marzo de 2018), para mi tesis de doctorado (Viera Cherro, 2019).

¹³ Trabajo de campo en el Laboratorio *in vitro* A (julio de 2016), para mi tesis de doctorado (Viera Cherro, 2019).

navega entre la improvisación total y se abre a la sorpresa de lo espontáneo, al tiempo que recurre a fórmulas que, a partir de la reiteración, brindan un piso seguro para la improvisación. Las instancias que analizo no constituyen *performances*, sino que pueden abordarse como tales.

De las varias concepciones de *performance*, tomo aquí la idea de Butler (2002, 2005) de esta como un proceso de construcción social de carácter repetitivo. La necesidad de la iteración revela el carácter construido y, por tanto, no natural de los marcos sociales, al tiempo que la contingencia de éstos, la posibilidad de su cuestionamiento. La iteración habla también de su relevancia social: si ciertos marcos sociales no fueran de relevancia, no sería socialmente procedente reafirmarlos; y, si bien la reafirmación confirma su relevancia, también revela su carácter siempre circunstancial, nunca definitivo, siempre en disputa.

Siguiendo la propuesta de Butler, las instancias clínicas que analizo como *performances* dan cuenta de la importancia social del anonimato como principio rector de la provisión de gametos en los procedimientos de reproducción asistida; el carácter socialmente acordado del anonimato y el esfuerzo del personal clínico que, fundamentándose en el principio del anonimato, efectiviza en la práctica el ocultamiento.

Lo que sugiero es que no se trata únicamente de cumplir con lo que establece la ley, sino con garantizar un acuerdo social que no puede asegurarse por la vía legal y que solo en parte está garantizado por el anonimato: el ocultamiento de la participación de terceras personas en la conformación del parentesco, el “parentesco sin parientes” (Bergman, 2012) al que antes aludíamos, y la propia

existencia de personas que aportan con su material reproductivo a la reproducción biológica y social. Se trata de preservar a los y las pacientes de la crítica social frente a la imposibilidad de lograr la concepción, a valores como el vínculo biológico para determinar la filiación y a la masculinidad del varón que no puede aportar su propio semen para la gestión de su descendencia (Viera Cherro, 2019); esto último específicamente asociado a la incorporación de semen de donación en procedimientos de reproducción asistida.

Un aspecto central de las *performances* clínicas para mantener el anonimato/invisibilización de los y las donantes es evitar que converjan en el mismo espacio clínico al mismo tiempo. Sin embargo, hay oportunidades en que la *performance* clínica falla, y es en esos momentos que la precariedad, pero también la relevancia de la regla, se vuelven evidente. Esto fue lo que ocurrió una mañana en una de las clínicas en las que realizaba trabajo de campo para mi investigación doctoral (Viera Cherro, 2019).

Esa mañana se produjo una situación inusitada: una persona que se estaba presentando para ingresar en un programa de donación de gametos se encontró en la sala de espera de la clínica con una pareja amiga que estaba transitando por la reproducción asistida y que iba a precisar de una donación de material reproductivo. La conmoción que causó en la médica ese encuentro imprevisto me llevó a algunas preguntas. Sabiendo que se conocían, ¿por qué, simplemente, destinar la muestra de esa persona donante a otra pareja y no a la pareja amiga? El encuentro *per se* no rompía el anonimato. Entonces, ¿qué era lo que rompía, que generaba tanto malestar?

Rompía la ficción de la autonomía de los gametos, el carácter invisible que cobra la persona que provee el material reproductivo de donación con lo que ello supone en términos de “trabajo clínico”¹⁴ (Waldby y Cooper, 2008). Es la contingencia del ocultamiento lo que se revela en el equívoco *performático*, no el anonimato, porque éste se asegura en los procedimientos clínicos administrativos que, cuando asignan un material reproductivo a la pareja, no revelan la identidad de la persona donante. No quiero decir con esto que el personal técnico sea hipócrita y diga que está manteniendo el anonimato mientras realiza el ocultamiento. Simplemente, señalo que el análisis de la *performance* advierte sobre ambos sentidos, los cuales no siempre tienen que estar explícitos.

Esta invisibilización o borramiento de la persona proveedora de gametos es asegurada, al tiempo que se subraya su importancia, mediante, por lo menos, otras dos *performances* que pude identificar en el trabajo de la clínica reproductiva.

Una de estas *performances* es la rotulación de la muestra del espermatozoides de donación que, una vez adjudicada, pasa a llevar el apellido del varón destinatario. Advertía

¹⁴ El concepto de “trabajo clínico” busca especificar el tipo de trabajo que implica la donación en el marco del modelo biotecnológico de reproducción. Abordar la donación de ovocitos y la donación de semen desde esta perspectiva permite, por ejemplo, considerar las desigualdades implicadas en cada una de estas provisiones. No es equivalente realizar una donación de semen, que involucra una instancia de masturbación y eventual traslado de la muestra, que proceder a una donación de óvulos, que implica el consumo de hormonas y pasar por varias y diversas intervenciones médicas, entre ellas una intervención en quirófano y usualmente con anestesia general para “aspirar” los ovocitos.

que esto supone primero, la identificación de la muestra, no solo con la persona aportante, sino con sus vínculos genealógicos genéticos, puesto que se rastrean estas genealogías para descartar antecedentes de enfermedades familiares genéticas o de suicidio; para luego anonimizar la muestra con la consecuente separación de la persona aportante y su linaje (Viera Cherro, 2019).

Otra de las *performances* de la que pude ser testigo es el modo en que se hace circular a las personas en el espacio del laboratorio cuando se procede a las instancias de recuperación¹⁵ de material reproductivo y de transferencia de embriones, similar a lo que ocurre en la clínica.

En los laboratorios *in vitro*, se realiza la “aspiración” de ovocitos, tanto para la donación como para uso propio, así como la transferencia de embriones; estos son los procedimientos centrales. También se procede a la obtención de muestras de semen¹⁶, pero en esos casos se utilizan solamente para procedimientos de la persona aportante. El semen para la donación ingresa por el Programa de Donación de semen, independiente administrativa y físicamente de los laboratorios *in vitro*; y, si se usa en algún procedimiento en el laboratorio, la muestra viene preparada desde el Programa y habiendo pasado antes por un proceso de criopreservación y posterior descongelado. Los ovocitos, en cambio, se utilizan frescos en la mayoría de los casos.

¹⁵ El nombre del procedimiento es “aspiración de folículos” y el objetivo es la obtención de ovocitos para la persona a la que se le realiza el procedimiento de aspiración o para la “donación”.

¹⁶ A diferencia de la obtención de ovocitos, la obtención de muestras de semen no se realiza con intervención técnica, sino que la persona obtiene la muestra por masturbación.

Contrario a lo que puede llevar a pensar este uso en fresco, los ovocitos que se extraen de una donante no pueden destinarse a otra mujer ese mismo día. Los ovocitos extraídos se utilizan para la fertilización *in vitro* y esto supone un tiempo de espera entre el procedimiento de fecundación y la posibilidad de transferir el o los embriones resultantes. ¿Qué quiero subrayar con esto? Que es imposible que una donante y la mujer que va a ser receptora de sus ovocitos coincidan en el laboratorio *in vitro*, porque siempre habrá un desfase necesario entre la extracción de los ovocitos y la transferencia del embrión.

Sin embargo, el personal técnico realiza un esfuerzo considerable para que donantes y receptoras no se encuentren en el laboratorio. Se elabora una suerte de coreografía que busca que donantes y receptoras no se intercepten en el espacio del laboratorio; de la sala de espera se desplaza a unas y otras lo más rápido posible a los cuartos, en donde se prepararán para las intervenciones respectivas en el quirófano; en los lugares de espera previos a ingresar al quirófano, siempre se guarda suficiente distancia entre las camillas para que no puedan darse encuentros y, menos aún, conversaciones. Según expresaba una de las personas que trabaja en uno de los laboratorios (la cual estaba a cargo de recibir, atender y hacer transitar a las mujeres o parejas en los diferentes espacios —sala de espera, cuarto, área previa al quirófano, quirófano, cuarto, salida), se trata de una tarea que le insume un gran esfuerzo y que lo que busca es fundamentalmente evitar el encuentro entre las mujeres que atraviesan las instancias clínicas, ya sea como donantes o como pacientes.¹⁷

¹⁷ Cabe advertir que en Uruguay hay dos Programas de Ovodonación que practican la “donación” en paralelo o mixta: una paciente “dona” parte de los ovocitos que se le extraen a otra paciente a cambio de que esta última pague parte de su intervención. Esto supone que algunas

3. A modo de cierre

Hemos repasado algunas *performances* clínicas que se despliegan en el campo de la reproducción asistida advirtiendo cómo dichas *performances* confirman la relevancia del anonimato como principio vector para la incorporación de gametos de donación en los procedimientos de reproducción humana asistida en Uruguay. La *performance* demuestra en acciones concretas lo que la narrativa social y jurídica coloca en palabras.

El análisis de *performances* clínicas específicas permite, asimismo, respaldar la idea de que el anonimato, tal como se lleva adelante en el ámbito uruguayo, trasciende el ocultamiento de la identidad de la persona donante. Busca eliminar, en términos simbólicos, la inclusión de material biológico de terceras personas en la relación filial biotecnológicamente habilitada, así como la propia existencia de personas donantes.

Referencias bibliográficas

Bergmann, S. (2012). «Resemblance that Matters: on Transnational Anonymized Egg Donation in Two European IVF Clinics» en Knecht M.; Klotz M.; Beck, S. (Eds.). *Reproductive Technologies as Global Form. Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*. Frankfurt: Campus Verlag.

pacientes son solo pacientes y otras pacientes son también donantes; y supone también, que podrían eventualmente encontrarse una paciente y una paciente/donante en instancias de transferencia de embriones, pero ambas estarían en esta circunstancia en condición de pacientes.

- Butler, J. (2005). *El género en disputa*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós.
- Cadoret, A. (2003). *Padres como los demás*. Barcelona: Gedisa.
- Edwards, J. (1999). Afterword for Chapter 2. Clones-who are they?. En Edwards, J. (et. al.). (1999). *Technologies of Procreation. Kinship in the age of assisted conception*. Londres: Routledge.
- Lima, N. S. (2018). Las vicisitudes de la identidad y la identificación en el marco de la concepción heteróloga. *Revista Interdisciplinaria*, 35(2), 381-394.
- Lima N. S.; Botti, G.; Lancuba, S.; Martínez, G. A. (2019) Abandoned frozen embryos in Argentina: a committee opinion. *JBRA Assisted Reproduction*; Año: 2019 vol. 23 p. 165 - 168
- Muñoz M. et. al. (2019). *Documento Sobre Posicionamiento de la Sociedad Española de Fertilidad Respecto de la Regla del Anonimato en las Donaciones de Gametos*. Madrid: Fase 20 Ediciones.
- Pavone, V. (Abril 2012). Ciencia, neoliberalismo y bioeconomía. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 7(20), 145-161.

- Rivas, A. M., Álvarez, C. y Jociles, M. (2018). La intervención de «terceros» en la producción de parentesco: perspectiva de los/as donantes, las familias y la descendencia. Un estado de la cuestión. *Revista de Antropología Social*, 27(2), 221-245.
- Schechner, R. (2000). *Performance. Teoría y prácticas interculturales*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Schneider, D. (1984). *A Critique of the Study of Kinship*. Michigan: Universidad de Michigan.
- Taylor, D. (2011). Introducción. Performance, teoría y práctica. En Taylor, D; Fuentes, M. (Eds.). *Estudios avanzados de performance* (pp. 7-30). México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Viera Cherro, M. (2019). *Género y biocapitalismo. Economía política de la “donación” de gametos en Uruguay*. Tesis doctoral en Antropología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Uruguay.
- Viera Cherro, M. (2015). *Lejos de París. Tecnologías reproductivas y deseo del hijo en el Río de la Plata*. Montevideo: Universidad de la República.
- Waldby, C. y Cooper, M. (2008). Oocyte markets: women's reproductive work in embryonic stem cell research. *New Genetics and Society*, 27(1), 19-31.

Weeks, J. (1998). La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades. En Szasz, I.; Lerner, S. (comp.) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México DF: Colegio de México.

Capítulo 12

PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD: MOTIVOS MÉDICOS Y SOCIALES

Dolores Gallo

1. Introducción

El objeto del presente capítulo es revisar los distintos contextos de la preservación de la fertilidad. Se focalizará en la oncofertilidad como área que, en los últimos años, ha aportado nuevas miradas acerca del cáncer y la calidad de vida de los pacientes sobrevivientes, a partir de la posibilidad de preservar la fertilidad, procedimiento que se les suele ofrecer a pacientes jóvenes o en edad reproductiva antes de comenzar sus tratamientos oncológicos. Se situarán diferencias y entrecruzamientos de discursos desde perspectivas psicológicas, éticas, genéticas y legales. Se describirá, a su vez, el rol del psicólogo, encargado de brindar un sostén psicoterapéutico a los pacientes que deben atravesar un proceso oncológico —algunos de ellos muy jóvenes— y que carecen de experiencia en la interacción con los médicos y con el sistema de salud. De este modo, sumado a la disrupción que puede significar para muchos jóvenes la comunicación de un diagnóstico de cáncer, suele darse una paradoja a la hora de la toma de las decisiones: por un lado, la necesidad de iniciar lo más tempranamente posible el tratamiento oncológico indicado; y por otro, la complejidad añadida de decidir sobre la fertilidad futura.

En la actualidad, los avances terapéuticos en los

tratamientos del cáncer han permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes supervivientes, y es por eso que la oncofertilidad —la preservación de la fertilidad por motivos oncológicos— debiera ser considerada dentro de las indicaciones previas a recibir los tratamientos oncológicos (Anazodo et al, 2018). Se realizará a lo largo del trabajo una revisión de las publicaciones científicas relevantes para la preservación de la fertilidad y sus motivaciones diversas.

A su vez, se suman otros factores inherentes a la sociedad actual: los diversos modelos de familia y los anhelos de suprimir, postergar o retrasar la edad de pensar en la descendencia, hecho que conlleva aparejada la posibilidad de no tener cumplido todavía el deseo de hijo cuando irrumpe un diagnóstico de un cáncer, y más aún cuando este hace su aparición en niños, adolescentes y adultos jóvenes.

2. Lineamientos de la preservación de la fertilidad

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés) elaboró unas guías (Oktay et al, 2018) cuyo objetivo radicaba en recomendar la preservación de fertilidad en adultos, adolescentes y niños con cáncer. Para ello, se realizó una revisión de 61 publicaciones científicas de preservación de fertilidad desde el año 2013 al 2017, con la concomitante actualización de las guías anteriores (2006-2013-2017). Los resultados obtenidos recomendaban conversar acerca de la posibilidad o el riesgo de infertilidad en pacientes con cáncer que recibirían tratamientos oncológicos durante su vida reproductiva; y en el caso de niños, niñas y adolescentes, con sus padres o tutores. Además, establecían que el equipo interdisciplinario debía incluir al

oncólogo del paciente, a un especialista en reproducción asistida y a un psicólogo, todos ellos guiados por unos protocolos escritos que deberían ser explicados y posteriormente entregados a los pacientes para su lectura (Lee y cols., 2006). En el caso de niños/as y adolescentes, se recomendaba también conversar con los padres o tutores acerca de estos riesgos, en función de que tuvieran la posibilidad de consentir o asentir, según la edad, la realización de la preservación de la fertilidad.

Siguiendo las Guías ASCO 2018, la preservación de fertilidad es recomendada:

- En mujeres: criopreservación de ovocitos, embriones y/o tejido ovárico; trasposición ovárica, supresión de la función ovárica con análogos de (GnRH).
- En hombres: criopreservación de semen, embriones, tejido testicular.
- En adolescentes: Etapas: Prepuberal: criopreservación de tejido ovárico y testicular.
- Pospuberal: criopreservación de semen/ovocitos.
- En niño/as: criopreservación de tejido ovárico y testicular.

Por su lado, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF, 2018) elaboró unas guías sobre la preservación de la fertilidad en enfermedades hematológicas, dado que los cánceres más frecuentes en adultos jóvenes siguen siendo las neoplasias hematológicas, cuyas tasas de curación en esta población son elevadas, y por ende, los sobrevivientes tendrán que hacer frente a los problemas derivados de los tratamientos gonadotóxicos, que inevitablemente tendrán un impacto sobre la reserva folicular y espermatogénesis. Se debería, además, trabajar tanto con la comunidad

científica como con la población general, para informar y concientizar sobre las posibilidades de cada persona de preservar su fertilidad.

A nivel internacional, existe una red interdisciplinaria llamada *The Oncofertility Consortium*, que es una organización conformada por profesionales, pacientes e investigadores de todo el mundo, cuya finalidad es difundir esta problemática a través de la web, medios de comunicación y aplicaciones, así como también a través de la organización de simposios y congresos anuales.

En Argentina, los centros de Reproducción Humana Asistida, las Sociedades Científicas (SAMER, SAPREF, SAPRHA, SAEC), y ONG's de pacientes que trabajan interdisciplinariamente, prestan servicios, asesoramiento y tratamientos de la preservación y cuidado de la fertilidad.

3. Desarrollo

“Nuestros miedos no evitan la muerte, frenan la vida”

Elizabeth Kübler Ross

3.1. Marco regulatorio de la Preservación de la Fertilidad

El proceso de preservación de la fertilidad implica iniciar conversaciones, dar recomendaciones para facilitar una información clara y accesible que ayude al paciente oncológico a tomar una decisión libre e informada sobre el tema. El hecho de resguardar los gametos, tejidos o embriones podría mejorar su calidad de vida ulterior y

reducir reproches o malestares que se suscitan cuando hay deseo de maternar/paternar, luego de superados los tratamientos oncológicos (Oktay et al., 2018).

La Ley Nacional N° 26.862 (2013) tiene por objetivo garantizar “el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico asistenciales de Reproducción Humana Asistida (RHA)”.

En relación con la cobertura, en su artículo octavo dice:

Quedan comprendidos en la cobertura prevista en este artículo los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación, para aquellas personas, incluso menores de dieciocho (18) años que, aún no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, **por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas** puedan ver comprometidas su capacidad de procrear en el futuro.

De este modo, se habilita con ese artículo una cobertura **total** de la preservación de la fertilidad por motivos médicos oncológicos y no oncológicos, pero deja por fuera las motivaciones personales o sociales para preservar la posibilidad de una fertilidad futura.

3.2. Motivaciones médicas oncológicas para una Preservación de la Fertilidad

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una situación disruptiva, inesperada, y que implica un cambio en las jerarquías de vida de cada individuo, dado que nadie suele estar preparado para recibir sin impacto una noticia

de ese tenor. Las reacciones psicológicas inherentes al diagnóstico de cáncer como el miedo, ira, enojo, rabia, tristeza, confusión, ansiedad, sensación de incertidumbre e inseguridad sobre el futuro dependerán en parte de la forma de ser de cada persona.

En estos momentos, se produce un quiebre del equilibrio de los apoyos del psiquismo y se desata con ello lo que se inscribe como “crisis vital” (Kaës, 1979), en tanto persiste la asociación del cáncer con la muerte. En este contexto, el embarazo y la descendencia se plantean como modos de trascender en la vida (Tirado Carrillo, 2018). Sin embargo, al momento de recibir el diagnóstico oncológico, los pacientes no se encuentran en condiciones de planificar una maternidad/paternidad futura. La posibilidad de preservar la fertilidad debe ser transmitida de forma clara, objetiva, actualizada, con información fidedigna y accesible. Deberá contemplar los riesgos y las ventajas de las técnicas existentes de preservación de fertilidad, las probabilidades reales de gestación futura, los posibles efectos de la gestación con la enfermedad de base y una asesoría preconcepcional de riesgos para la descendencia, además de resaltar los marcos legales y los aspectos éticos (Tirado Carrillo, 2018).

La preservación de una *posible* fertilidad futura sitúa al paciente oncológico en una dialéctica que implicará evaluar, por un lado, su deseo o no deseo de preservar su potencial fértil para en un futuro matenar o paternar un hijo ligado genéticamente; y, por otro lado, analizar los plazos para el inicio del tratamiento oncológico, trabajo no sencillo de dilucidar en el *corto* plazo, dado que el proceso de decisión es difícil y está cargado de gran angustia e incertidumbre.

Según las guías realizadas sobre la base de los aspectos psicosociales de la preservación de la fertilidad

en los pacientes oncológicos, las motivaciones más habituales para preservar la fertilidad son el deseo de tener hijos después del cáncer y la mejora de la calidad de vida de los sobrevivientes (Roca, 2009), en tanto podrían disfrutar de su maternidad/paternidad. A su vez, establecen como la *principal motivación* la posibilidad de conservar el material genético, dado que tener hijos ligados *genéticamente* es percibido como un éxito. Sin embargo, es importante considerar y transmitir que la preservación de la fertilidad no ofrece garantías en este sentido.

Es por eso que el *asesoramiento* y *acompañamiento* deben estar presentes en las diferentes etapas, tanto en el trabajo con los duelos por la enfermedad, los duelos genéticos y los de gestación, como en la toma de decisiones, donde además de la preservación de la fertilidad, también se debiera contemplar la posible utilización futura de *gametos o embriones donados* para lograr la descendencia; sin dejar de considerar como triunfos propios la vida después de *su* cáncer, la posibilidad de realizar *sus* deseos y retomar *sus* proyectos postergados. Poder desnaturalizar estas cuestiones no es tarea sencilla. Los equipos interdisciplinarios, especializados en este campo de la salud, constituyen y favorecen la construcción de *puentes* entre los equipos médicos y pacientes.

3.3. *Otras motivaciones médicas no oncológicas para preservar fertilidad*

En mujeres, ciertas condiciones genéticas, hematológicas, autoinmunes, enfermedades del sistema reproductor femenino como la endometriosis y cirugías serían circunstancias *adicionales* para contemplar causas de tipo médico *no oncológicas* (Donnez y Dolmans, 2017).

En las personas transgénero, se pueden describir también otras motivaciones médicas *no oncológicas* para preservar la fertilidad. La visibilización de sexualidades diversas e identidades de género fluidas, la coexistencia en la sociedad de diferentes modelos de familia y la desnaturalización del orden sexual moderno (Gallo, 2019) llevan a considerar distintas opciones para la planificación familiar, con algunas recomendaciones elaboradas por la Asociación Mundial Profesional de Salud para las Personas Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés). Esta Asociación establece que se debería recibir asesoramiento para preservar la fertilidad antes de iniciar el tratamiento médico hormonal o quirúrgico, que pudiera por defecto afectar la fertilidad futura. Las recomendaciones de WPATH para preservar la fertilidad por motivaciones médicas no oncológicas en personas *trans* quedarían incluidas dentro de la Ley de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida (N° 26.862), en el artículo mencionado anteriormente.

3.4. *Motivaciones personales o sociales para preservar la fertilidad futura*

Son motivaciones que se dan sin indicación médica y que son vehiculizadas por factores sociales. Son personas ya sean mujeres/hombres, sanas/os, en edad reproductiva, que deciden realizar una planificación familiar, por medio de la criopreservación de sus gametas, con la intención de lograr un embarazo futuro. Las motivaciones para postergar la maternidad-paternidad pueden darse por razones diversas, o porque no han encontrado pareja para llevar adelante su proyecto familiar o porque sus circunstancias económicas, laborales y/o

profesionales así se lo exigen. Los beneficios permiten: diferir la maternidad - paternidad de manera proactiva. Disminuir los riesgos futuros de perder la capacidad reproductiva, previniendo así la infertilidad o subfertilidad. Podría evitarse la utilización de óvulos donados, ya que la paciente dispone de sus propios óvulos vitrificados. Disminuye también los riesgos de anomalías cromosómicas en el recién nacido ocasionadas por la edad del óvulo.

Los pasos para preservar la fertilidad en hombres y mujeres, el asesoramiento y cuidado de la *posible* fertilidad futura, establecidos por los equipos tratantes difieren en los tiempos de toma de decisiones, si bien en estos casos no existe una razón médica que apremie, la mayor amplitud de opciones para preservar la fertilidad son codependientes del factor cronológico, es decir de la edad en que se criopreservarán gametos y/o tejido.

4. Rol del psicólogo interviniente en equipos interdisciplinarios

Un abordaje biopsicosocial ofrecería al paciente diagnosticado de cáncer una malla de sostén con el propósito de trabajar en conjunto: el equipo médico tratante, el/la paciente, la familia y el/la psicólogo/a como nexo facilitador de lazos comunicacionales. Existen trabajos que detallan las necesidades comunicacionales de los pacientes sobrevivientes (Navarro, 2010); ellas oscilan entre factores biomédicos, psicológicos, sociales, económicos (relacionados o derivados de la enfermedad). En la fase entonces llamada de *remisión* o *libre de*

enfermedad o de supervivencia, los pacientes sobrevivientes cursan diferentes estadios emocionales: algunos de ellos más negativos, como la incertidumbre acerca del futuro o la reticencia a realizar los controles periódicos de su enfermedad por temor a que ella regrese. Con ellos deberá trabajarse interdisciplinariamente para evitar la aparición de nuevos trastornos o padecimientos subjetivos.

La intervención del psicólogo radicaría en empatizar con el enfermo, realizar una escucha activa, optimizar el proceso de comunicación, habilitar la circulación de la palabra, facilitar las vías de comunicación en ambos sentidos y atender a la comunicación no verbal. Es decir, propiciar un espacio donde el paciente tenga la oportunidad de trasladar sus dudas, miedos e inquietudes, además de expresar emociones, mitigar los montos de angustia y ansiedad. A su vez, apuntará a reforzar la esperanza y empoderar al paciente ofreciéndole las motivaciones positivas para llegar a la fase de supervivencia, en función de recuperar su añorada calidad de vida y propiciar al mismo tiempo la recuperación de su posición de sujeto deseante y de derechos. Contribuirá, también, en el proceso fundamental de toma de decisiones libres e informadas.

Por último, se debe señalar que la prevalencia de enfermedades oncológicas es elevada; sin embargo, su tratamiento ha evolucionado y es por eso que el rol de los psicólogos en los equipos médicos tratantes adquiere una valorada significancia.

5. Conclusiones

La eficacia de los programas de prevención y diagnóstico precoz, sumado al avance de los tratamientos oncológicos, han producido el aumento de esperanza y calidad de vida, lo que posibilita alternativas reproductivas futuras para pacientes sobrevivientes. El diagnóstico temprano de los diferentes tipos de cáncer que pueden afectar a la población de jóvenes y niños/as, junto a las medidas adecuadas para preservar la fertilidad, aumentarían las posibilidades de una descendencia futura.

Si bien existe una fisura entre un *antes* y un *después* del proceso oncológico, estos tiempos podrían considerarse más esperanzadores, sobre todo para aquellos pacientes que han recibido el impacto del diagnóstico oncológico, en el que no solo su vida está bajo amenaza, sino también su capacidad reproductiva; es por eso que las Técnicas de Reproducción Humana Asistida han contribuido para restablecer ese duelo por la pérdida de la fertilidad.

En suma, el recurso de la historia será necesario para recorrer y pensar las premisas de la medicina, de la genética, de los campos sociales, de los avances tecnocientíficos que abren preguntas e instalan dilemas, pero que no proponen aún las soluciones o respuestas. Los límites al avance tecnocientífico ¿dónde estarán?, ¿dónde buscarlos o dónde encontrarlos? El hecho de que una técnica como la preservación de la fertilidad exista no necesariamente implica que resulte exitosa siempre, sino que supone dejar una puerta abierta para pensar en la posibilidad de concebir un hijo genéticamente vinculado.

Es por eso que nos adentramos en el *fin de una era prometeica*, en el *omega* de los cambios producidos por

los adelantos científicos en materia de genética-médica-oncológica-reproductiva, que nunca transcurren en paralelo con los cambios sociales. Metas fáusticas de la tecnociencia contemporánea, nuevos horizontes a los que la sociedad actual mutará gradualmente.

Referencias bibliográficas

- American Society of Clinical Oncology: ASCO (2019). Disponible en: www.asco.org Recuperado el 10/12/19.
- Anazodo et al. (2018). How can we improve oncofertility care for patients? A systematic scoping review of current international practice and models of care. *Human Reproduction Update*, 25(2), 159–179, 2019.
- Donnez, J. y Dolmans, M. M. (2017). Fertility Preservation in Women. *N Engl J Med* 377, 17.
- Gallo, D. (2019). Psicoprofilaxis en Reproducción Humana Asistida. *Redes y paradigmas*. Trabajo presentado en la 20° Jornada Anual de la Fundación Prosam, Buenos Aires, Argentina.
- Herrera, M. (10 de junio de 2013). La ley de cobertura médica para los tratamientos de reproducción asistida. Saldando deudas. *Revista La ley*, 1. AR/DOC/2256/2013.
- Kaës, R. (1979). *Crisis, Ruptura y Superación*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Lima, N. S. (2018). *Dilemas éticos y morales en embriones humanos: abordaje interdisciplinario en salud reproductiva*. Buenos Aires: Ascune.

- Masciello, M. C. et al. (2019). Physician Perspectives on Fertility Preservation Discussions with Premenopausal Breast Cancer Patients: Results from a Multihospital Health Care System. *Ann Surg Oncol*, 26, 3210–3215.
- Navarro, E. et al. (2010). Necesidades de comunicación e información, en el paciente oncológico superviviente. *Revista Psicooncología*, VII (1), 127-141.
- Oktay, K., Harvey, B. E., Partridge, A. H., Quinn, G. P., Reinecke, J., Taylor, H. S., Wallace, ... y Loren, A. W. (2018). Fertility preservation in patients with cancer: ASCO clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*, 14, 381–385.
- Roca, M. (2009). Aspectos Psicosociales de la Preservación de la Fertilidad en los Pacientes oncológicos. Guías de Evaluación, Consejo, Apoyo e Intervención Psicológica en Reproducción Asistida. Segunda parte. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*.
- Sociedad Argentina de Embriología Clínica: SAEC. (2019). Disponible en: www.saec.com.ar Recuperado el 10/12/19.
- Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva: SAMeR. (2019). Disponible en: www.samer.org.ar Recuperado el 10/12/19.
- Sociedad Argentina de Psicología de la Reproducción Humana Asistida: SAPRHA (2019). Disponible en: <https://ar.linkedin.com/in/sociedad-argentina-psicologia-en-trha> Recuperado el 10/12/19.
- Solana, A. (2005). Aspectos Psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28 (3), 157-163.

- The Oncofertility Consortium (2015). *Save my fertility: an online fertility preservation toolkit for patients and their providers*. Illinois: Northwestern University. Disponible en: www.savemyfertility.org. Recuperado el 10/12/19.
- Tirado Carrillo, M. M. (2018). Soporte psicológico. En Dolors Manau Trullás, César Díaz-García (eds.) *Recomendaciones sobre la preservación de la fertilidad en enfermedades hematológicas del Grupo de Interés de la Sociedad Española de Fertilidad*. Madrid.
- Vidal y Benito (2012). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- World Professional Association of Transgender Health: WPATH. (2019). Disponible en: <http://www.wpath.org>. Recuperado el 10/12/19.

Capítulo 13

ONCOFERTILIDAD: ASPECTOS MÉDICOS

Guillermo Terrado

Cuando hablamos de preservación de la fertilidad en la mujer, nos referimos a proteger la reserva ovárica de posibles amenazas que puedan dañarla significativamente y pongan en juego su futuro potencial reproductivo. Esto se da principalmente en las siguientes dos situaciones:

1. Pacientes que serán sometidas a algún tratamiento de quimioterapia sistémica o radioterapia pelviana por distintos tipos de cánceres. En estos casos, el objetivo será intentar preservar el potencial reproductivo antes del inicio de estos tratamientos (Oktay, et al., 2018).
2. Mujeres que difieren su maternidad de manera electiva por distintos motivos y que comenzarán la búsqueda del embarazo a edades en las que su reserva ovárica ya se encuentra disminuida o francamente comprometida (ESHRE, 2012; Dondorp, et al., 2012).

Los importantes avances en las terapias oncológicas de los últimos años han hecho que el número de sobrevivientes a distintos tipos de cáncer vaya paulatinamente en aumento. De acuerdo a lo reportado por la literatura, en los últimos veinticinco años y en todo el mundo, la tasa de supervivencia a cinco años aumentó en las mujeres del 54 al 62% (Murk y Seli, 2011).

Muchas de estas pacientes se encuentran en edad reproductiva y aún no tienen hijos o no han completado

sus deseos de maternidad. Se estima que en forma global, en el grupo etario de mujeres de 15 a 39 años, la incidencia de cáncer es de 45,4 por 100.000; y en el grupo de 40 a 45 años, de 183,7 por 100.000.

La mala noticia es que en casi la totalidad de los casos, la supervivencia de estas pacientes se asocia a menudo con un importante compromiso de la reserva ovárica, ya que las células germinales son particularmente sensibles a la agresión que generan las drogas quimioterápicas. Sumado a esto, la tendencia mundial en demorar la búsqueda del primer embarazo (por motivos sociales, culturales, etc.) hace que estas pacientes no tengan hijos o no hayan completado su deseo de maternidad al momento del diagnóstico oncológico. En prácticamente todos los países del mundo, el promedio de edad al momento del primer embarazo se desplazó entre 5 y 10 años en las últimas cuatro décadas (Mathews y Hamilton, 2009).

La edad de la paciente al momento del diagnóstico y tratamiento oncológico es de suma importancia, ya que la posibilidad de desarrollar una falla ovárica, una menopausia precoz y, como consecuencia, una esterilidad permanente será mayor en aquellas pacientes mayores de 25 años. En las pacientes menores de 20, la posibilidad de este tipo de consecuencias desfavorables para su futuro reproductivo es mucho menor (Lobo, 2005).

Además de la edad, dentro de los factores que influyen en la posibilidad de desarrollar una falla ovárica precoz posterior al tratamiento quimioterapéutico, se encuentran la dosis acumulativa y el tipo de agentes citotóxicos utilizados. Estas drogas pueden dividirse entre aquellas de alto riesgo (por ejemplo, Ciclofosfamida,

Busulfán, Clorambucilo o Procarbicina), de riesgo moderado (como el Cisplatino o la Adriamicina) y de bajo riesgo (dentro de las que se incluyen el Metotrexate, 5-Fluorouracilo, Vincristina, Bleomicina o la Actinomicina-D) (Lambertini, et al., 2016).

La Asociación Americana de Oncología Clínica (ASCO) recomienda que todos aquellos involucrados en el cuidado del paciente con cáncer deberían estar preparados para discutir acerca de los riesgos de infertilidad futura posterior al tratamiento oncológico. Este planteo debería tener lugar tan pronto como sea posible una vez que se hace el diagnóstico de cáncer y, fundamentalmente, antes de iniciar el plan terapéutico. Los pacientes se verán beneficiados con esta información acerca de su futura fertilidad sea cual fuere el momento en el que se encuentren. Se recomienda, además, que el abordaje se haga en la medida de lo posible de modo interdisciplinario, involucrando no solo al equipo de oncólogos y médicos especialistas en fertilidad, sino a psicólogos que brinden un adecuado soporte a la paciente y su familia (Loren, et al., 2013).

La preocupación de las pacientes por su fertilidad posterior al tratamiento oncológico es un aspecto que, afortunadamente, cada vez está siendo tenido más en cuenta. Motivados por esta preocupación es que surgieron, en los últimos años, distintas asociaciones a nivel internacional que nuclean a pacientes y profesionales con el objeto de abordar de la mejor manera posible esta problemática. Una de las más renombradas a nivel mundial en la actualidad es el Oncofertility Consortium¹,

¹ Puede visitarse en: <http://oncofertility.northwestern.edu>

el cual fomenta campañas de información para pacientes y profesionales, a través de la web, aplicaciones en teléfonos celulares, congresos, publicaciones, además de relacionarse estrechamente con instituciones especializadas en distintas partes del mundo. En Argentina, este consorcio generó asociaciones con unos pocos centros de fertilidad —siendo Pregna Medicina Reproductiva el primero de ellos— para el desarrollo de trabajos de investigación y campañas informativas en nuestro país.

2. Estrategias para la Preservación de la Fertilidad

Dentro de las estrategias disponibles para preservar la fertilidad en pacientes que van a ser sometidas a tratamiento oncológico, podemos mencionar:

1. Criopreservación embrionaria;
2. Criopreservación (vitricación) de ovocitos;
3. Criopreservación de tejido ovárico;
4. Trasposición ovárica;
5. Protección hormonal con el uso de análogos de GnRH y
6. Protección con agentes antiapoptóticos.

A continuación se describen algunas ventajas y desventajas de cada una de ellas:

1. Para la **criopreservación embrionaria**, se requiere la realización de todos los pasos que forman parte de una FIV (hiperestimulación ovárica controlada, punción folicular para la captación de ovocitos y fertilización *in vitro*). Este proceso dura habitualmente

entre 2 y 3 semanas y requiere la administración de gonadotrofinas, lo que eleva los niveles de estradiol sérico a niveles suprafisiológicos. Esta situación puede ser riesgosa para el pronóstico de ciertos tipos de cáncer. En la actualidad, se utilizan esquemas de estimulación combinados con drogas que inhiben la enzima Aromatasa (principalmente el Letrozol), lo que permite disminuir mucho este riesgo (Reddy y Oktay, 2012).

También debemos tener en cuenta los aspectos médico-legales en el caso de que la paciente lamentablemente no sobreviva al tratamiento de su patología de base (Ethics Committee of the ASRM, 2005).

2. La **vitrificación de ovocitos** se ha establecido, en los últimos años, como una excelente alternativa a la criopreservación embrionaria, hecho motivado por las altas tasas de éxito con muy buena recuperación al descongelamiento que ha reportado esta técnica. A su vez, no presenta los reparos éticos de la preservación embrionaria y podría ofrecerse a pacientes sin pareja (Noyes, et al., 2010).

En estas dos primeras estrategias, los problemas mayores a los que nos enfrentamos, entre otros, los constituyen el cómo y el cuándo realizar la hiperestimulación ovárica controlada. Son numerosas las ocasiones en las que la paciente llega a la consulta en el período periovulatorio o en fase lútea. Siguiendo un protocolo convencional, uno debería esperar el período siguiente para comenzar con la administración de gonadotrofinas; pero, lamentablemente, el inicio del tratamiento oncológico no puede demorarse tanto en muchos de estos casos (Gagliato et al., 2014).

Así es como surgieron en la literatura esquemas de estimulación que comenzaban en distintos momentos del ciclo, con resultados muy similares a los esperados si utilizáramos un esquema convencional, que permitieron a la paciente iniciar el tratamiento de su patología de acuerdo a lo propuesto inicialmente por el oncólogo (Cakmak y Rosen, 2013).

3. La **criopreservación de tejido ovárico** es una técnica muy prometedora, que permitiría no solo la recuperación de la función reproductiva, sino también la de la función hormonal del ovario. Consiste, básicamente, en realizar una extracción del ovario (o parte de este) a través de una videolaparoscopia ginecológica, para luego realizar pequeñas secciones de su superficie que se criopreservarán con la misma técnica de vitrificación que se utiliza para la congelación de ovocitos y embriones. Una vez que la paciente recibe el alta de su tratamiento oncológico, estaría en condiciones de realizar el “reimplante” de estos. En general, esto se realiza en la región pelviana, cercana a las trompas de Falopio, lo que a muchas de estas pacientes les permitiría lograr el embarazo de manera espontánea, sin un tratamiento asistido. En 2004, se reportó el primer nacimiento, y a la fecha ya hay más de 130 nacidos por esta técnica (Silber, 2011).

Haciendo una evaluación de cada caso en particular, en la actualidad, esta estrategia se reserva, principalmente, para pacientes prepúberes que no pueden realizar aún un estímulo hormonal ovárico, o para aquellas que no tienen suficiente tiempo antes de la fecha de inicio de su tratamiento quimioterápico (Donnez y Dolmans, 2017).

4. La **trasposición ovárica** es un procedimiento quirúrgico que se realiza para evitar la irradiación folicular en los casos de radioterapia pelviana. Habitualmente, el abordaje se efectúa por vía laparoscópica y los ovarios se fijan con un punto peritoneal a los costados del abdomen, alejándolos de la región pelviana que se irradiará para intentar minimizar así la exposición a los rayos.

5. Con respecto a la utilización de **análogos de GnRH** en simultáneo con la administración del tratamiento oncológico, los reportes en la literatura no son concluyentes. Si bien algunas líneas de investigación proponen un efecto protector de análogos al disminuir la vascularización ovárica e inhibir el crecimiento folicular, esto no ha sido confirmado aún por otros autores. Sin embargo, su utilización se recomienda como alternativa en aquellas situaciones en las que no se disponga de otra estrategia.

Existe evidencia en la literatura de que la administración de estas drogas (en general, Acetato de Leuprolide o Triptorelina de depósito) mejora la recuperación de los ciclos menstruales y la ovulación, aunque no existe aún evidencia que demuestre un aumento significativo en la posibilidad de embarazo posterior (Oktay et al., 2018).

6. La utilización de **agentes antiapoptóticos** como la Esmenosina 1-Fosfato resulta prometedora para el futuro como método de protección. Si bien existen estudios en animales, todavía no se reportó su utilización en humanos.

3. Conclusiones y consideraciones finales

En la cura del cáncer, hoy por hoy debería considerarse no solo la erradicación de la enfermedad y la sobrevida, sino también la calidad de vida posterior. En este último aspecto, debemos incluir los deseos de maternidad de la paciente luego de su alta oncológica.

Cuando se ofrezca la posibilidad de preservación de fertilidad, deben plantearse los distintos protocolos disponibles teniendo en cuenta la edad de la paciente, su status hormonal y las características de la enfermedad de base.

Debemos ofrecer un apropiado, seguro y potencialmente exitoso tratamiento, individualizándolo para cada paciente. En este aspecto, es muy importante un correcto manejo de las expectativas y un cuidadoso asesoramiento.

Para aquellas pacientes que no consulten en los primeros días de la fase folicular, existen numerosos esquemas de estimulación que comienzan en distintos momentos del ciclo con excelentes resultados. En lugares o situaciones en las que no sea accesible la criopreservación, la utilización de agentes citoprotectores (como los análogos de GnRH) constituye una herramienta válida.

Debe tenerse en cuenta que en pacientes con cáncer la capacidad reproductiva puede estar ya comprometida por su enfermedad de base, por lo que es imperativo el trabajo conjunto entre oncólogos y especialistas en medicina reproductiva. Sea cual fuere la estrategia planteada como factible, la oportunidad de preservar la fertilidad de alguna forma no debería ser negada a ninguna paciente.

Referencias Bibliográficas

- Cakmak H y Rosen M. P. (2013). Ovarian stimulation in cancer patients. *Fertil Steril*, 99, 1476–84.
- Dondorp W., De Wert G., Pennings G., Shenfield F., Devroey P., Tarlatzis B., Diedrich K. (2012). Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Human Reproduction*. 27(5), 1231–1237.
- Donnez J, Dolmans M. M. (2017). Fertility preservation in women. *N Engl J Med*, 0377, 1657-1665.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (2005). Fertility preservation and reproduction in cancer patients. *Fertil Steril* 83, 1622–1628.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law. Dondorp, W., G. de Wert, Pennings, G., Shenfield, F., Devroey, P., Tarlatzis, B., Barri, P. y Diedrich, K. (Mayo 2012). Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Human Reproduction*, 27(5), 1231–1237.
- Gagliato D. de M., González-Angulo A.-M., Lei X, Theriault, R. L., Giordano, S. H., Valero, V., et al. (2014). Clinical impact of delaying initiation of adjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. *J Clin Oncol*, 32(8), 735–744.
- Lambertini, M., Del Mastro, L., Pescio, M. C. et al. (2016). Cancer and fertility preservation: international recommendations from an expert meeting. *BMC Med*, 14(1).
- Lobo, R. A. (2005). Potential options for preservation of fertility in women. *N Engl J Med*, 353, 64-73.

- Loren, A. W., Mangu, P. B., Beck, L. N., Brennan, L., Magdalinski, A. J., Partridge, A. H.,... Oktay, K. (2013). Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 31(19), 2500–2510.
- Mathews, T. J. y Hamilton, B. E. (2009). Delayed childbearing: more women are having their first child later in life. *NCHS Data Brief*, 21.
- Murk, W y Seli, E. (2011). Fertility preservation as a public health issue: an epidemiological perspective. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 23, 143–50.
- Noyes, N., Labella, P.A., Grifo, J. y Knopman, J. M. (2010). Oocyte cryopreservation: a feasible fertility preservation option for reproductive age cancer survivors. *J Assist Reprod Genet.* 27, 495-499.
- Oktay, K., et al. (2018). Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 36(19), 1994-2001.
- Reddy, J. y Oktay, K. (2012) Ovarian stimulation and fertility preservation with the use of aromatase inhibitors in women with breast cancer. *Fertil Steril*, 98, 1363-1369.
- Silber, S.J. (2011). Ovary cryopreservation and transplantation for fertility preservation. *Mol Hum Reprod*, 18, 59-67.

Capítulo 14

INCIDENCIA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL FEMENINO

Chiara Pomba

La presente investigación tuvo como propósito describir cómo incide la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida en el funcionamiento sexual femenino en mujeres de 28 a 45 años. La muestra quedó conformada por un total de 41 mujeres, las cuales fueron contactadas a partir de tres grupos de Facebook donde participan mujeres que realizan tratamientos de reproducción humana asistida. Como instrumento para la recolección de datos se utilizó el Índice de Función Sexual Femenina, del cual solo se tuvieron en cuenta las siguientes dimensiones: deseo sexual, excitación y satisfacción sexual. Mediante este cuestionario, se logró indagar sobre aspectos específicos de dichas dimensiones. Además, permitió conocer que las dimensiones de deseo y excitación sexual fueron las más afectadas, mientras que la satisfacción sexual fue la más conservada y, por ende, menos afectada por las TRHA, según la percepción de las participantes. A modo de cierre y a partir de lo expuesto, se puede afirmar que las Técnicas de Reproducción Humana Asistida influyen en el funcionamiento sexual femenino, aunque no desmesuradamente.

1. Introducción

La especie humana es la única que puede tomar decisiones sobre el uso y sentido de su actividad sexual (López, 2000). Si se vuelve la vista hacia atrás, son notables los cambios que ha traído aparejado el desarrollo de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, es innegable el hecho de que poder controlar la anticoncepción no significa controlar la fertilidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo existen aproximadamente 48 millones de parejas en edad reproductiva con problemas de fertilidad o de concepción (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel y Stevens, 2012). Según las investigaciones, aunque estos no afecten directamente la salud física, son factores importantes tanto del deterioro de la salud mental (Llavona Uribelarrea, 2008), como sexual (Wischmann, 2010).

Este estudio se centrará específicamente en las mujeres, quienes tienden a percibir y reaccionar ante la infertilidad de forma distinta a los varones, en tanto soportan más carga emocional y social con el diagnóstico de infertilidad. Esta situación dependerá del contexto social, histórico y cultural en el que se encuentren inmersas, ya que esto varía entre una sociedad subdesarrollada o desarrollada. Las mujeres son las que sufren, en mayor medida, el estrés e invasión sobre su cuerpo sometido a las TRHA. Por ello, los estudios evidencian que sus niveles de estrés, ansiedad y desajuste emocional son mayores (Moreno-Rosset, Aparicio, Ramírez-Uclés y Martín Díaz, 2011).

La sexualidad abarca no solo la función o conducta sexual, sino también las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la

reproducción. Para la OMS, “la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (2018, p. 3).

Estos factores se ven afectados de alguna manera ante el diagnóstico de infertilidad y la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA, de aquí en adelante), lo que genera que la sexualidad, como aspecto central del ser humano, se convierta en un campo vulnerable pasible de ser alterado.

La función sexual, en la cual se centrará la presente investigación, es conceptualizada por Sánchez Romero, Alva Olivos y Sosa Aparicio (2019) como una de las varias dimensiones de la sexualidad, haciendo referencia específicamente a la Respuesta Sexual Humana. Desde una perspectiva amplia y general, hace alusión a los cambios que se dan en el cuerpo durante la actividad sexual.

Respecto a la función sexual, Pasch et al. (2002) sostienen que generalmente las mujeres tienden a doblar su sexualidad a su deseo de ser madre, por lo que dejan en un segundo plano el erotismo. Otros autores afirman que en algunas parejas, luego del diagnóstico de infertilidad, son las mujeres las que toman más a menudo la iniciativa de las relaciones sexuales (Lowyck, Luyten, Corveleyn, D’Hooghe y Demyttenaere, 2009). Valladolid Baringo (2012), por otro lado, comenta que puede observarse una pérdida del interés de las mujeres por alcanzar el orgasmo, ya que no lo sienten necesario para lograr el embarazo.

La influencia de las pruebas diagnósticas y las TRHA, las alteraciones emocionales y la desvinculación de la sexualidad —específicamente la función sexual— de la reproducción preparan el escenario para que emerjan

dificultades. Según lo expuesto, y dado que el porcentaje de la población que padece infertilidad es elevado, que la frecuencia de los tratamientos de reproducción va aumentando y que la esfera sexual que rodea a las mujeres queda en segundo plano ante el tratamiento; parece justificado estudiar la repercusión en la función sexual que podrían tener estos tratamientos.

La presente investigación pretende describir cómo incide la realización de TRHA en el funcionamiento sexual femenino en mujeres de 28 a 45 años. Esto se llevó a cabo identificando la frecuencia e intensidad del deseo sexual, registrando la frecuencia y nivel de excitación e indagando el grado de satisfacción sexual de las mujeres que acuden a TRHA.

Lo novedoso de esta investigación reside, por un lado, en que no hay estudios similares realizados en Argentina. Si bien en otros países se han realizado estudios acerca de la función sexual femenina, estos se dedicaron a registrar sus cambios durante el embarazo y la menopausia.

Por otro lado, varias investigaciones han demostrado que es común que haya un aumento en los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que recurren a TRHA (Pook, Krause y Röhrle, 2000; Schmidt, Tjørnhøj-Thomsen, Boivin y Nyboe Andersen, 2005, entre otros), y que estos aumentan entre el segundo y tercer año de infertilidad (Peterson, Newton, Rosen y Skaggs, 2006). Dado que estos estudios no han tenido en cuenta la función sexual, se intentará establecer si los tratamientos inciden en la función sexual femenina así como lo hacen en los niveles de ansiedad y depresión.

2. Materiales y métodos

Para ello, se llevó a cabo un estudio de carácter descriptivo, no experimental y transversal. Se considera una investigación de campo debido a que consistió en el análisis de material disponible en plataformas digitales y redes sociales.

La población de estudio estuvo constituida por 41 mujeres que recurren actualmente a TRHA, tanto de baja como de alta complejidad, y que a su vez conforman grupos de la red social Facebook “Concebir Asociación Civil (grupo)”, “SUMATE A DAR VIDA (grupo oficial de la asociación)”, y “Fertilidad en Tribu”.

Para seleccionar a la población de estudio, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: mujeres que poseyeran una edad comprendida entre 28 y 45 años, con diagnóstico de infertilidad, que estuviesen transitando por alguna de las TRHA, y que aceptaran voluntariamente participar en la investigación. Se excluyó a las mujeres menores de 28 años y mayores de 45 años que no tuviesen diagnóstico de infertilidad, que tuviesen diagnóstico de esterilidad, que no realizasen actualmente Técnicas de Reproducción Humana Asistida, que tuviesen diagnóstico de Disfunción Sexual y que no quisieran participar de la investigación.

Se escogió como instrumento de recolección de datos el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) de Rosen et al. (2000), un cuestionario autoadministrable que sirve para evaluar la función sexual femenina en las últimas cuatro semanas, y consta de 19 preguntas agrupadas en seis dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo,

satisfacción y dolor. Cabe destacar que se tomarán sólo tres variables en cuenta para el análisis, excluyendo las restantes:

- **Deseo sexual:** Levine (2003) sostiene que “aunque muchos hablan del deseo como si fuera un fenómeno, no lo es. Es la suma de las fuerzas que nos acercan y nos alejan del comportamiento sexual” (p. 280). Según este autor, tres fuerzas interactúan para generar deseo sexual en cualquier individuo en cualquier momento: el impulso, la motivación y el deseo.

- **Excitación sexual:** Constituye un fenómeno complejo que implica respuestas fisiológicas, psicológicas (cognitivo afectivas) y comportamentales (Rosen y Beck, 1988).

- **Satisfacción sexual:** Es evaluada en términos del grado de bienestar y de plenitud (o su ausencia) experimentados por una persona en relación con su actividad sexual (Carrobbles, Gámez-Guadix y Almendros, 2011). Puede conceptualizarse también como la evaluación subjetiva de agrado o desagrado de una persona respecto de su vida sexual.

En lo que refiere al procedimiento, el cuestionario fue volcado a la plataforma virtual Google mediante Google Docs y publicado en los grupos de la red social Facebook, con acceso libre para quienes tuvieran la voluntad de participar.

3. Resultados

El análisis estadístico se realizó utilizando el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). La muestra estuvo conformada por 41 mujeres de entre 28 y 45 años. La edad media de la población de estudio es de 37,6, con una desviación estándar (DE) de 4,46. La edad mínima fue de 28 años y la máxima, de 45 años.

En lo que refiere a la cantidad de tratamientos de reproducción humana asistida realizados, de las 41 mujeres, 11 (19,5%) refieren haber hecho 1 tratamiento, ya sea de baja o alta complejidad. Seguido a eso, 9 mujeres (17,1%) expresan haber realizado 2 tratamientos, y otras 8 mujeres, 3 tratamientos.

También se consultó sobre qué tipo de TRHA se encontraban realizando durante la recolección de los datos, a lo que 34 mujeres (82,9%) respondieron que realizaban TRHA de alta complejidad, mientras que las 7 restantes (17,1%) realizaban de baja complejidad.

3.1. Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)

El IFSF consta de 19 ítems que, según la estructura original del test, evalúan seis dimensiones de la sexualidad femenina (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). Para el presente estudio, solo se tuvieron en cuenta las dimensiones: deseo, excitación y satisfacción. Es importante tener en cuenta que cada dimensión se puntúa de 0 a 6, donde mientras más alto sea el puntaje, mejor experimentada será la función sexual.

En primer lugar, se valoraron las medias de la totalidad de la muestra para cada dimensión. En este caso,

los resultados indicaron que la puntuación media más baja se presentó en la dimensión deseo (media de 3.77), mientras que la excitación (4.54) y la satisfacción (4.80) mostraron un valor más elevado.

3.2. Deseo

Esta primera dimensión tuvo como objetivo identificar tanto la frecuencia como la intensidad del deseo sexual de las mujeres que recurren a TRHA (Tabla 1).

Tabla 1: Valores de las preguntas correspondientes a la dimensión “Deseo”.

Dimensión	Frecuencia	Intensidad
<i>Deseo</i>	3.60	3.86

Si se tiene en cuenta que, como ya hemos explicado, un mayor puntaje implica una mejor función sexual, la media de ambas preguntas no supone valores muy altos. Read (2004) comenta que el estrés y las implicancias emocionales que acompañan a la pareja durante todo el proceso de TRHA pueden generar varias dificultades. Una de ellas tiene que ver con la pérdida de interés hacia el sexo y la disminución de la frecuencia de los encuentros sexuales. Las relaciones sexuales pasan de llevarse a cabo sin finalidades reproductivas, de manera espontánea y encaminadas por el deseo, a tener fines reproductivos y ser programadas y dirigidas por el equipo médico. Durante la

etapa diagnóstica y los tratamientos de baja complejidad, las relaciones sexuales tienen un carácter meramente reproductivo, es probable que los niveles de deseo sexual — aunque bajos— subsistan en torno a concretar el encuentro sexual con el fin de conseguir el embarazo buscado.

Por otro lado, son varios los autores (Flores Robaina, Jenaro Río y Moreno Rosset, 2008; Keskin et al., 2011; Lequerica Fernández, 2013; Millheiser et al., 2010) que mediante diversos estudios respaldan los datos obtenidos en el presente trabajo en torno a la disminución de la frecuencia e intensidad del deseo sexual en mujeres que realizan TRHA. Estos comentan que se debe a la pérdida de la espontaneidad de las relaciones sexuales, a la falta de intimidad en la pareja, a la idea de que las relaciones sexuales ya no son necesarias para conseguir el embarazo —cuando se recurre a FIV—, al impacto que produce el diagnóstico de infertilidad y a la idea de que ya no se podrá concebir de manera “natural”, entre otras. Otros autores suman a lo previo la influencia de la edad, ya que como explican Caballero Peregrín, Moreno García y Núñez Calonge (2007), a medida que la mujer envejece y entra en la menopausia, es normal que desciendan los niveles de deseo sexual junto con la frecuencia del coito y la satisfacción sexual; esto debido a cambios hormonales relacionados al agotamiento ovárico, y con mayor intensidad si hay irregularidades menstruales o pérdidas excesivas.

3.3. Excitación

El propósito de explorar esta segunda dimensión fue registrar la frecuencia y el nivel de excitación de las mujeres que acuden a TRHA (Tabla 2).

Tabla 2: Valores de las preguntas correspondientes a la dimensión “Excitación”.

Dimensión	Frecuencia	Nivel	Expectativa de excitación	Satisfacción con la excitación
<i>Excitación</i>	3.90	3.59	3.76	3.76

En esta dimensión, es posible ver, por un lado, una concordancia entre la expectativa que tenían las mujeres de excitarse en la relación sexual y la satisfacción respecto a dicha excitación. Se podría inferir que este es un “resultado positivo”, ya que si la expectativa fuera alta y la satisfacción respecto a esta, baja, probablemente habría acarreado frustración y angustia; y esto podría haber repercutido de manera negativa en la función sexual.

Por otro lado, tanto la frecuencia como el nivel de excitación que manifiestan las participantes son intermedios. Millheiser et al. (2010) cotejaron un grupo de mujeres con diagnóstico de infertilidad con un grupo control y encontraron resultados similares a los de este estudio. Si bien todas las participantes con diagnóstico de infertilidad tuvieron valores totales bajos en el IFSF, presentaron valores aún más bajos en los dominios de deseo y excitación, lo que indicó un peor funcionamiento sexual.

Si se comparan los datos del presente estudio con los de Millheiser et al. (2010), no se encuentran muchas discrepancias.

A partir de la bibliografía consultada a lo largo de todo el trabajo, se puede inferir que los factores que podrían alterar la excitación en las mujeres serían: malestar personal, depresión, ansiedad, disminución de la autoestima, angustia, la cantidad de tratamientos fallidos y una “presión psicológica” para concebir. Otras investigaciones agregan, también, los factores que hemos desarrollado respecto a la alteración del deseo sexual: pérdida de la espontaneidad, falta de intimidad, etc.

3.4. Satisfacción

Esta tercera y última dimensión tiene como objetivo indagar el grado de satisfacción sexual de las mujeres que realizan TRHA (Tabla 3).

Tabla 3: Valores de las preguntas correspondientes a la dimensión “Satisfacción”.

Dimensión	Con la cercanía emocional durante la act. sexual	Con la relación sexual	Con la vida sexual en general
<i>Satisfacción</i>	4.07	4.02	3.76

A partir de estos resultados, si bien la satisfacción respecto a la vida sexual de las participantes en general no

es muy alta, sí hay niveles medianamente elevados respecto a la cercanía emocional con la pareja y a la relación sexual en sí misma. No son pocos los autores (Flores Robaina, Jenaro Río y Moreno Rosset, 2008; Lequerica Fernández, 2013; Millheiser et al., 2010) que coinciden en que tanto la infertilidad como las TRHA provocan una disminución de la satisfacción sexual en la mujer. A pesar de esto, Hurlbert, Apt y Rabehl (1993) proponen una mirada sumamente interesante al respecto. En estudios en los que han analizado los relatos de mujeres en torno a su satisfacción sexual, hallaron que ésta estaba más asociada a la personalidad y la relación de pareja (como la asertividad en contextos sexuales, la erotofilia y la percepción de cercanía) que a aspectos de la respuesta y la conducta sexual en sí misma (frecuencia de la actividad sexual, probabilidad de alcanzar el orgasmo, niveles de excitación y de deseo sexual). De hecho, diversos estudios indican que el proceso de infertilidad está asociado a un buen ajuste en la relación de pareja (Lequerica Fernández, 2013); otros afirman un impacto positivo de la infertilidad y de las TRHA en el vínculo con la pareja (Callan, 1987; Hammarberg, Astbury y Baker, 2001; Schmidt, 1998) y niegan su efecto negativo en la relación conyugal (Holter, Anderheim, Bergh y Möller, 2006).

Si bien algunos autores sostienen que no hay certeza de que las mujeres tengan problemas tanto en las relaciones sexuales como en el vínculo con su pareja, otros defienden la idea de que tanto el diagnóstico como los tratamientos de fertilidad tienen impacto en esta y, sobre todo, en la sexualidad. La tensión y el estrés vividos durante los procedimientos diagnósticos y los diversos tratamientos que lleva a cabo la mujer sobre su propio cuerpo repercutirían en la pareja, en su sexualidad y la propia percepción en torno a esta.

A su vez, la aparición de diferencias y conflictos en la pareja, pueden afectar la sexualidad. Si se tiene en cuenta lo propuesto por Hurlbert, Apt y Rabehl (1993), es posible que debido a este malestar en el vínculo y su resonancia en lo sexual, la satisfacción en este sentido disminuya notablemente; y que, junto con ella, merme la autoestima sexual de la mujer y la frecuencia de las relaciones sexuales.

Respecto a la comparación de mujeres que realizan tratamientos enmarcados en las TRHA con otras que no los realizan, Oddens et al. (1999) llevaron a cabo una investigación sobre una muestra de 281 mujeres que esperaban para recibir tratamientos de reproducción humana asistida en tres países distintos (Bélgica, Holanda y Francia), comparadas con un grupo control de otras 289 mujeres de características similares, pero sin problemas de fertilidad. En dicho estudio, los autores hallaron que el grupo de pacientes de TRHA presentaba diferencias significativas con el grupo control. Si bien la investigación de Oddens et al. (1999) tuvo en cuenta otras variables que en el presente estudio no aplican, sus resultados del grupo de pacientes incluyen menor deseo sexual (31,5%) y menor satisfacción sexual (20,6%), mientras que el grupo control obtuvo un porcentaje del 8.8% y 8.2% respectivamente —a mayor valor, menor función sexual.

Al intentar cotejar los resultados obtenidos en el presente estudio con los de una población que no posee diagnóstico de infertilidad y no realiza TRHA (Tabla 4), se esperaba encontrar algunas diferencias, quizás no tan significativas como las de Oddens et al., ya que la muestra de este estudio es mucho más acotada. Así, se contrastaron

los puntajes obtenidos en este estudio con los de la investigación llevada a cabo por Blümel et al. (2004) para validar el IFSF en Chile, con una muestra de 383 mujeres sin dificultades reproductivas. En esta investigación, los autores encontraron un valor de 3.7 para la dimensión del deseo, un valor de 4.6 para la excitación y, por último, un puntaje de 5.3 para la satisfacción.

Es evidente que, en los puntajes obtenidos en ambos estudios, las dimensiones del *deseo* y de la *excitación* no poseen diferencias significativas, aunque sí difieren en 5 puntos los valores de *satisfacción*. El hecho de no hallar grandes diferencias entre los valores del estudio de Blümel y el propio puede estar relacionado con el hecho de que gran parte de la muestra realiza TRHA de alta complejidad.

Varios autores (Leiblum, 1997; Olivius, Friden, Borg y Bergh, 2004) coinciden en que la infertilidad y la realización de las TRHA pueden generar dificultades en la relación de pareja, tanto en el plano afectivo como en el de la comunicación, la relación sexual o incluso en la filiación. Desde el momento del diagnóstico, la sexualidad se ve afectada, ya que tanto para realizar el espermograma como el test post coital se pide a la pareja que se abstenga de sexo o que lo realice en un momento concreto. Una vez completado el diagnóstico, el equipo médico decidirá qué tratamiento se llevará a cabo.

En el caso de las mujeres que realizan tratamientos de baja complejidad, la “invasión” corporal es menor que en los de alta complejidad. Sin embargo, el hecho de tener que

programar las relaciones sexuales en días concretos del ciclo femenino o generar que estas adquirieran un carácter meramente reproductor, deriva en que la espontaneidad se pierda (Moreno-Rosset, 1999). Por otro lado, en algunas de las técnicas de baja complejidad, “el embarazo depende de las relaciones sexuales”, por lo que puede que el sexo puede convertirse en una experiencia displacentera, dado que a pesar de programarlo y llevarlo a cabo, la incapacidad para concebir persiste.

En cambio, en los tratamientos de alta complejidad, es probable que las relaciones sexuales no se alteren demasiado, ya que la fecundación se realiza en laboratorio y no depende exclusivamente de que estas se concreten ni del momento del ciclo en que sucedan.

Tabla 4: Diferencia de valores entre TRHA de Baja y Alta Complejidad.

Dimensiones	Tratamientos de Baja Complejidad (n=7)	Tratamientos de Alta Complejidad (n=34)
<i>Deseo</i>	3.68	3.79
<i>Excitación</i>	4.32	4.58
<i>Satisfacción</i>	4.85	4.80

Posteriormente, se verificaron las medias para los grupos conformados en función de la cantidad de tratamientos realizados. Para estos fines, se dividió la muestra en aquellas mujeres que habían realizado menos de 5 tratamientos y aquellas que habían tenido 5 o más tratamientos (Tabla 5). Aquí se encontró que la mayor discrepancia se da en los valores de *satisfacción*; luego, el *deseo*; y, por último, la *excitación*. Si bien las diferencias no son significativas, es interesante señalar que pareciera que con el aumento del número de tratamientos realizados la función sexual tiende a mejorar y, particularmente, la satisfacción es más alta.

Lequerica Fernández (2013) realizó un estudio donde se valoraba la relación entre la cantidad de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de infertilidad y la función sexual. Los hallazgos indicaron que la infertilidad menor o igual a 2 años es un factor de riesgo de aparición de disfunción sexual (que se traduce en un puntaje bajo en el IFSF): que el riesgo de presentar una disfunción sexual es 5,73 veces mayor durante los dos primeros años en que la mujer fue diagnosticada, y que las mujeres con 2 o menos años de diagnóstico de infertilidad presentan niveles significativamente más bajos de deseo. Claramente, cuanto mayor es el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, más probable es que la pareja haya comenzado o experimentado el transcurrir de varios ciclos de tratamientos. Si tenemos en cuenta que una mujer puede llegar a realizar tres o cuatro ciclos de TRHA por año (cada

tratamiento dura aproximadamente 3 meses), los resultados de Lequerica Fernández concordarían con los valores arrojados por la muestra del presente estudio.

Tabla 5: Diferencia de valores entre menos y más de 5 tratamientos

Dimensiones	Menos de 5 tratamientos (n=29)	5 o más tratamientos (n=12)
<i>Deseo</i>	3.74	3.87
<i>Excitación</i>	4.54	4.55
<i>Satisfacción</i>	4.73	5.01

También se ha dividido a la muestra en dos, haciendo un corte a los 35 años (edad en que la fertilidad femenina empieza a declinar). Se conformó, entonces, un grupo de 28 a 35 años y otro de 35 a 45 años (Tabla 6). Respecto a los valores obtenidos, se puede observar que las diferencias son de algunos centésimos, lo que marca una leve mejora de la función sexual luego de los 35 años, contrario a lo que se esperaba encontrar. Esto podría relacionarse con el promedio de edad de la muestra, de 37,6 años.

A partir de los 35 años, cuando una pareja consulta con un especialista en fertilidad, generalmente se hacen las

pruebas diagnósticas y directamente se procede a realizar TRHA de alta complejidad. Estas poseen una tasa de probabilidad de embarazo del 50%; aunque este porcentaje disminuye según la causa de infertilidad (edad de la paciente, calidad embrionaria, grado de alteración de los parámetros seminales, etc.). Si, de lo contrario, se realizaran tratamientos de baja complejidad, se desaprovecharía “un año de fertilidad”; debido a que, como ya hemos visto, la tasa de embarazo disminuye progresivamente conforme se incrementa la edad.

En este sentido, la Resolución 1044/2018 que regula la Ley N.º 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, explica que entre los 34 años y los 42 años de la mujer, la posibilidad de alcanzar el embarazo a través de TRHA merma alrededor de un 10% cada dos años, por lo que sería ideal, a partir de los 35 años, llevar a cabo TRHA de alta complejidad.

A partir de lo expuesto previamente, podemos inferir que el hecho de que los valores de *deseo*, *excitación* y *satisfacción* mejoren en el grupo de mujeres mayores de 35 años podría deberse a que realizan tratamientos de alta complejidad. Como se analizó previamente, tanto la FIV como el ICSI afectan en menor medida la sexualidad de la pareja, ya que las tasas de probabilidad de embarazo son buenas (siempre y cuando la edad no sea muy elevada y esto no se sume a una patología que complique el tratamiento), y la fecundación no depende exclusivamente de las relaciones sexuales.

Tabla 6: Diferencia de valores entre 28-35 y 35-45 años.

Dimensiones	28-35 años (n=14)	35-45 años (n=27)
<i>Deseo</i>	3.60	3.86
<i>Excitación</i>	4.43	4.60
<i>Satisfacción</i>	4.94	4.74

4. Conclusiones

Lo expuesto a lo largo de la presente investigación permite arribar a las siguientes conclusiones.

En primer lugar, resulta fundamental considerar el objetivo general, consistente en describir cómo incide la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida en el funcionamiento sexual femenino en mujeres de 28 a 45 años. En este sentido, se pudo confirmar la existencia de cambios en la función sexual femenina de las mujeres que realizan TRHA, aunque estos son de menor intensidad a lo que se esperaba.

En relación con el primer objetivo específico, el cual consistía en identificar la frecuencia e intensidad del deseo sexual mediante la aplicación de un cuestionario, se logró detectar que ambas dimensiones se encuentran afectadas por las TRHA. Como era de esperar, las mujeres que realizan este tipo de tratamientos presentan valores más bajos de deseo sexual que las que no lo hacen. Sin embargo, al comparar diferentes aspectos entre las mujeres que sí

recurren a TRHA, se pudo visualizar que, por un lado, los valores de deseo sexual aumentan cuando los tratamientos que se realizan son de alta complejidad; y, por otro lado, que al aumentar la cantidad de tratamientos, aumenta también el valor del deseo sexual.

En torno al segundo objetivo específico, que consistía en registrar la frecuencia y nivel de excitación, se hallaron resultados similares a los del deseo sexual: la excitación es mayor si la mujer no realiza TRHA; pero, de hacerlo, una mayor edad y cantidad de tratamientos y que estos sean de alta complejidad ayudan a que la excitación se vea lo menos afectada posible.

En cuanto al tercer objetivo, el cual implicaba indagar el grado de satisfacción sexual de estas mujeres, se halló un nexo fundamental entre la satisfacción sexual y la personalidad de ambos miembros de la pareja, el vínculo que los une y la cercanía emocional entre ellos durante las relaciones sexuales. Teniendo esto en cuenta, se puede decir, por un lado, que lo vincular y las personalidades son más determinantes que la realización de las TRHA. Por el otro, se puede decir que las mujeres que realizaban TRHA tenían una mayor satisfacción sexual que las que no realizaban tratamientos. Asimismo, si estos eran de baja complejidad, los niveles de satisfacción resultaban mayores. Pudo observarse que a medida que aumenta la cantidad de tratamientos, aumenta también la satisfacción sexual. Por último, se halló que los 35 años sería la edad a partir de la cual la satisfacción sexual comienza a decaer paulatinamente, coincidiendo los datos arrojados por las participantes con la bibliografía consultada.

Respecto al cuarto objetivo específico, que consistía en inferir la incidencia de las TRHA sobre el funcionamiento sexual femenino, se encontró que las mujeres con mayor cantidad de tratamientos poseen un mayor índice de satisfacción sexual, al tiempo que las mujeres que realizan tratamientos de baja complejidad presentan menores índices de deseo y excitación que las que realizan de alta complejidad. Por lo tanto, tomando como referencia el objetivo general de la presente investigación, el tipo de tratamiento (ya sea de baja o alta complejidad) no produce un impacto particular sobre la función sexual femenina; sin embargo, la cantidad de tratamientos realizados sí lo hace.

Además, contrario a lo que se esperaba, las mujeres mayores de 35 años poseen relativamente una mejor función sexual que quienes son menores. Esto probablemente vaya aparejado con la realización de tratamientos de alta complejidad, los cuales, como hemos visto, conservan mucho más la función sexual de las mujeres que participaron de este estudio.

Tal como se planteó en la introducción, la presente investigación se enfoca en la función sexual femenina durante las TRHA, distinguiéndose de las anteriores, que centran su estudio en la función sexual durante el embarazo o la menopausia, y de aquellas que se enfocan en determinar la presencia de disfunciones sexuales durante los tratamientos de Reproducción Asistida. Por ende, una vez que se ha conocido que tanto el deseo, como la excitación y la satisfacción (aunque en menor medida) son afectadas por las TRHA, no hay motivo para excluirlas de la larga lista de inconvenientes que dichas técnicas pueden acarrear en las mujeres.

El impacto de las TRHA en estas tres dimensiones es claro, y la importancia de esta investigación radica en su utilidad como disparador para pensar de qué manera se puede lograr que las mujeres que recurran a TRHA puedan conservar su funcionamiento sexual. Si bien no es incumbencia del equipo médico ni de los psicólogos exclusivamente, ambos podrían brindar herramientas o recursos a las pacientes para que los tratamientos interfieran lo menos posible en su vida sexual.

Referencias bibliográficas

Blümel M., J., Binfá E., L., Cataldo A., P., Carrasco V., A., Izaguirre L., H. y Sarrá C., S. (2004). Índice de Función Sexual Femenina: Un Test para Evaluar la Sexualidad Femenina. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(2), 118-125. Recuperado de:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v69n2/art06.pdf>

Caballero Peregrín, P., Moreno García, A. y Núñez Calonge, R. (2007). Disfunciones sexuales femeninas y su relación con la reproducción. *Revista Internacional de Andrología*, 5(3), 263-269. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1698031X07740682>

Callan, V. J. (1987). The personal and marital adjustment of mothers and of voluntarily and involuntarily childless wives. *Journal of Marriage and the Family*, 847-856.

- Carrobbles, J., Gámez-Guadix, M. y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018004>
- Flores Robaina, N., Jenaro Río, C. y Moreno Rosset, C. (2008). Terapia de pareja en Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 205-212. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829207.pdf>
- Hammarberg, K., Astbury, J. y Baker, H. W. G. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16(2), 374-383. Recuperado de: <https://academic.oup.com/humrep/article-pdf/16/2/374/9817029/160374.pdf>
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. y Möller, A. (2006). First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21(12), 3295-3302. Recuperado de: <https://academic.oup.com/humrep/article-pdf/21/12/3295/9682570/del288.pdf>
- Hurlbert, D., Apt, C. y Rabehl, S. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 19(2), 154-165. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1080/00926239308404899?scroll=top>

Keskin, U., Coksuer, H., Gungor, S., Ercan, C., Karasahin, K. y Baser, I. (2011). Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertility And Sterility*, 96(5), 1213-1217. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028211023417>

Leiblum, S. (1997). *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies*. New York: John Wiley y Sons.

Lequerica Fernández, P. (2013). *Repercusiones psicológicas de las técnicas de reproducción asistida* (Máster Universitario en Biología y Tecnología de la Reproducción). Universidad de Oviedo.

Levine, S. (2003). The Nature of Sexual Desire: A Clinician's Perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 280. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807300>

Llavona Uribe Larrea, L. (2008). El impacto psicológico de la Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 158-166. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/html/778/77829202/>

López, F. (2000). Reproducción y placer: Una decisión libre y responsable. En: Moreno Rosset, C. (2002). *Factores Psicológicos de la infertilidad* (79-104). Madrid: Editorial Sanz y Torres.

- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D’Hooghe, T. y Demyttenaere, K. (2009). Personality and intrapersonal and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment. *Human Reproduction*, 24(3), 524–529. Recuperado de: <https://academic.oup.com/humrep/article/24/3/524/645023>
- Mascarenhas, M., Flaxman, S., Boerma, T., Vanderpoel, S. y Stevens, G. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *Plos Medicine*, 9(12). e1001356. Recuperado de: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001356>
- Millheiser, L., Helmer, A., Quintero, R., Westphal, L., Milki, A. y Lathi, R. (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility And Sterility*, 94(6). Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001502821000097X#>
- Moreno-Rosset, C. (1999). La Psicología al servicio de la Reproducción Asistida. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)*, 8(2), 2-6.
- Moreno-Rosset, C., Aparicio, M., Ramírez-Uclés, I. y Martín Díaz, M. (2011). Estados emocionales y afectivos en Infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(3), 683-703. Recuperado de: http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/2011_Psicologia_Conductual_Estados_emocionales_afectivos.pdf

Oddens, B., den Tonkelaar, I., y Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems: a comparative survey. *Human Reproduction*, 14(1), 255-261. Recuperado de:
<https://academic.oup.com/humrep/article/14/1/255/588152>

Pasch, L., Dunkel-Schetter, C. y Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility And Sterility*, 77(6), 1241-1247. Recuperado de:
https://cds.psych.ucla.edu/pubs/2002%20PaschDunkelSchetter_Differences%20between%20husbands.pdf

Pook, M., Krause, W. y Röhrle, B. (2000). A validation study on the negative association between an active coping style and sperm concentration. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 18(3), 249-252. Recuperado de:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713683041>

Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ*, 329(7465), 559-561. Recuperado de:
<https://www.bmj.com/content/329/7465/559.short>

Rosen, R. y Beck, J. (1988). *Patterns of Sexual Arousal: Psychophysiological processes and clinical applications*. New York, NY, US: Guilford Press.

Rosen, R., Brown, K., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C. y Shabsigh, R. et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal Of Sex y Marital Therapy*, 26(2), 191-208. Recuperado de

<http://www.fsfiquestionnaire.com/>

Sánchez Romero, V., Alva Olivos, M. y Sosa Aparicio, L. (2019). Esquemas cognitivos y funcionamiento sexual femenino en estudiantes de una universidad privada. *Conocimiento para el Desarrollo*, 10(1), 102. Recuperado de

<https://revista.usanpedro.edu.pe/index.php/CPD/article/view/365>

Schmidt, L. (1998). Infertile couples' assessment of infertility treatment. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77(6), 649-649. Recuperado de

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/j.1600-0412.1998.770612.x?scroll=top&needAccess=true>

Schmidt, L., Tjørnhøj-Thomsen, T., Boivin, J. y Nyboe Andersen, A. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 252-262. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399105001576#>

Wischmann, T. (2010). Couples Sexual Dysfunctions: Sexual Disorders in Infertile Couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1868-1876. Recuperado de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609515330320>

Olivius, C., Friden, B., Borg, G. y Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility And Sterility*, 81(2), 258-261. Retrieved from

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028203028607#>

Peterson, B. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449. Retrieved from

<https://academic.oup.com/humrep/article/21/9/2443/2938661>

Capítulo 15

DICTAMEN N.º 66 DEL 9 DE MAYO DE 2016 SOBRE LOS DESAFÍOS ÉTICOS GENERADOS POR LA PRUEBA PRENATAL NO INVASIVA (NIPT) PARA LAS TRISOMÍAS 21, 13 Y 181

Traducción de

Rocío Magalí Legarralde y Natacha Salomé Lima

1. Contenido del dictamen

La pregunta elevada al Comité

1. Introducción
2. Estado del arte a nivel científico
- 2.1. El desarrollo de la prueba NIPT
3. Marco normativo
4. Consideraciones éticas
- 4.1. Evaluación prenatal: una cuestión éticamente sensible
- 4.2. Criterios para un ofrecimiento responsable del NIPT
- 4.2.1. Desafíos clínicos y éticos
- 4.2.2. Garantizar el acceso para la oferta del test

¹ Traducción de Legarralde, Rocío Magalí y Lima, Natacha Salomé. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. El documento original del Comité Asesor de Bioética de Bélgica Dictamen número 66 del 9 de mayo de 2016 puede ser consultado en: www.health.belgium.be/bioeth

- 4.2.3. Prevenir la trivialización y asegurar la toma de decisiones informadas
 - 4.2.4. Revelamiento de información incidental
 - 4.2.5. El rol de las autoridades para garantizar una oferta responsable
5. Conclusiones

2. La pregunta elevada al Comité

El 21 de octubre del 2013, la Viceprimera Ministra y Ministra de Asuntos Sociales y Salud Pública, la Sra. Onkelinx, solicitó un dictamen al Comité Asesor de Bioética. La consulta estaba relacionada con la prueba prenatal no invasiva (NIPT) para la detección de anomalías genéticas y cromosómicas (es decir, prueba de trisomía fetal no invasiva) y decía lo siguiente:

Las pruebas antes mencionadas han sido posibles gracias a la innovación tecnológica en el campo de la investigación del genoma humano. Estas resultan muy prometedoras, y son promocionadas por los impulsores de esta investigación como un medio esencial para detectar ciertas anomalías cromosómicas que presentan un impacto significativo a edad temprana.

Sin embargo, estas pruebas han generado una gran cantidad de problemas médicos y éticos, ya que tanto ginecólogos como algunos laboratorios (del exterior) se encuentran actualmente prescribiendo u ofreciendo las pruebas por fuera del marco regulatorio de reintegros, sin ninguna garantía acerca de su calidad o del sistema de soporte de asesoramiento genético.

Además, han surgido varios actores comerciales que presentan estos test directamente a los pacientes e incluso llegan a ofrecerlos a través de Internet.

Por estos motivos, solicitamos con urgencia al Consejo Superior de Salud (Superior Health Council - SHC), al Centro de Conocimiento de Salud Belga (Belgian Health Care Knowledge Centre – KCE) y al Comité Asesor de Bioética (Advisory Committee on Bioethics – CCB) un dictamen. No hace falta decir que también aceptamos de buen grado la contribución del Centro de Genética Humana (Centre for Human Genetics) del FPS.

Solicitamos al SHC y al KCE una opinión sobre la indicación y el posicionamiento de estas pruebas y la estimación de una serie de recomendaciones de salud viables en relación con el alcance y organización de estas pruebas en caso de que demuestren ser una herramienta útil de detección prenatal.

Solicitamos al CCB que nos provea una opinión sobre las cuestiones éticas que estos test han planteado, especialmente en materia de consentimiento informado, del asesoramiento requerido y del sistema de notificación en relación con la posibilidad de interrumpir el embarazo a partir de la interpretación del resultado del test.

Favor de brindarme su opinión antes del 31 de mayo de 2014 a más tardar. Por último, me gustaría que el CCB estudiara también los aspectos éticos y deontológicos involucrados en ofrecer estas pruebas genéticas en línea. En relación con esta última cuestión, no existe un plazo límite específico.

Teniendo en cuenta que el cuarto mandato finalizó a fines de enero del 2014, el Comité no pudo dar su opinión a tiempo. No obstante, la problemática fue debatida en la primera sesión plenaria del Comité el 8 de septiembre de 2014, y se decidió que sería analizada por un comité selecto (CR 2014-4).

3. Introducción

Actualmente, muchas mujeres embarazadas eligen realizar la prueba prenatal para la trisomía 21 (Síndrome de Down) por medio de una prueba combinada, durante el primer trimestre (del embarazo). Este test, que es llevado a cabo durante la semana 11 y 13 de gestación, calcula el riesgo de dar a luz un niño con trisomía 21 examinando la edad, los valores hormonales y el resultado de las mediciones de la translucencia nuchal. Luego de la prueba, las mujeres pueden conocer si existe bajo o alto riesgo de que aquello suceda. Las mujeres con alto riesgo pueden optar por el examen del líquido amniótico o por la prueba de las vellosidades coriónicas. El primero es una prueba prenatal donde se toma una muestra de líquido amniótico a través del abdomen de la mujer embarazada. La segunda consiste en tomar una muestra de las vellosidades o del tejido placentario. Ambas técnicas facilitan la detección de cualquier anomalía cromosómica o la posibilidad de una exploración molecular, para así poder diagnosticar fiablemente la trisomía 21. Sin embargo, ambas técnicas implican un riesgo de aborto espontáneo que se estima en aproximadamente 0.5-1%.

Recientemente, ha aparecido otro método para detectar la trisomía 21, en paralelo con la prueba combinada: el test prenatal no invasivo (NIPT). Este método permite obtener el ADN del feto a través del plasma sanguíneo de la mujer embarazada. Técnicamente, se denomina como “ADN fetal libre en sangre” o “cffDNA”. El ADN fetal libre en sangre proviene principalmente de la placenta y consiste en pequeños fragmentos de ADN que circulan en la sangre de la madre. En la práctica, la prueba NIPT es llevada a cabo generalmente en la semana 11 de la gestación, pero también puede ser realizada antes.

NIPT ofrece una tasa de detección mayor que la prueba combinada, y produce menos falsos positivos. Otra ventaja significativa del NIPT es que ya no es necesario, en primera instancia, tomar una muestra de líquido amniótico o recurrir a muestras de vellosidades coriónicas para detectar posibles anomalías genéticas o cromosómicas en el feto. Como resultado, los procedimientos invasivos y el riesgo de aborto asociado pueden, en general, ser evitados. Así, solo en los casos de un resultado inusual se requerirán una amniocentesis o una muestra de vellosidades coriónicas para confirmar el diagnóstico.

En la presente opinión, el Comité considera las cuestiones éticas que plantea la utilización del NIPT para las trisomías 21, 13 y 18². Esta cuestión debe abordarse a

²La trisomía 21 (o Síndrome de Down) se caracteriza por un retraso madurativo y deficiencia mental. En el 50% de los casos esta afección puede presentar un defecto cardíaco (operable). Los problemas clínicos asociados se manifiestan frecuentemente en la adultez y la expectativa de vida promedio es de 60 años. El riesgo de tener un niño con síndrome de Down en mujeres menores de 30 años es menor a 1

la luz del debate social más amplio sobre la conveniencia de utilizar NIPT para detectar anomalías y los criterios que deben respaldar un uso adecuado de este. El Comité está advertido acerca de las enormes posibilidades técnicas que el NIPT tiene para ofrecer y de los problemas éticos asociados, los cuales trascienden el enfoque de esta apreciación. Esta opinión se presenta también dentro del marco de un animado debate internacional, con varios sectores interesados (Vanstone, M. et al., 2014; Skirton, H. et al, 2013; Deans, Z. et al, 2013; De Jong, A. et al, 2011; Newson, A. J., 2008; Benn, P. A. y Chapman, A.R., 2010; Schmitz, D. et al, 2009; Donley, G., 2012; de Jong, A., 2010) y organismos involucrados (como la Sociedad Europea de Genética Humana y el Consejo de Salud de los Países Bajos).

En términos del vocabulario empleado, el dictamen en general se refiere a “mujeres embarazadas”. No obstante, el Comité desea enfatizar en que las elecciones reproductivas son, por lo general, tomadas por las mujeres embarazadas junto a sus parejas. Aunque, desde el punto de vista legal, las decisiones relacionadas con el embarazo son de la mujer embarazada.

en mil. A la edad de 35 años, el riesgo se incrementa a 1 cada 350; a los 40, 1 cada 100, y a los 45, uno cada 25. La trisomía 18 (Síndrome de Edwards) es un trastorno genético caracterizado por severas malformaciones cerebrales (deficiencia mental) y cardíacas. La tasa de supervivencia promedio es de 14 días y la prevalencia promedio es de 1 en 8500 nacimientos. La trisomía 13 (Síndrome de Patau) es una afección cromosómica asociada con graves anomalías cerebrales, cardíacas, renales e intestinales. La expectativa de vida promedio es de 7 días y la prevalencia promedio es 1 en 17000 nacimientos.

4. Estado del arte

Tradicionalmente, el criterio principal para detectar anomalías cromosómicas (y en particular, la trisomía 21) era básicamente la edad materna (Nicolaidis, K. H., 2004; Nicolaidis; K. H, 2011; Cisero, S. et al, 2001). Como el riesgo de anomalías cromosómicas (trisomía 21, 18 y 13) aumenta con la edad de la madre, a las mujeres embarazadas mayores de 35 años se les daba la opción de realizar una amniocentesis. De hecho, el 5% de las amniocentesis tuvieron una tasa de detección del 30% de fetos con trisomía 21.

Además, como bien sabemos, los fetos con anomalías cromosómicas mueren prematuramente en el útero con más frecuencia que los fetos normales, y la tasa de detección de estas anomalías disminuye con la edad gestacional. Por lo tanto, el riesgo de base individual o el riesgo “a priori” de presentar una anomalía cromosómica no depende solamente de la edad materna, sino también de la edad gestacional (Nicolaidis, K.H., 2011; Cisero, S. et al, 2001).

Este riesgo “a priori” se ajusta en función de los marcadores ecográficos para anomalías cromosómicas (translucencia nuchal, la presencia o ausencia de huesos nasales, flujo sanguíneo en el nivel de la válvula tricúspide o del ductus venoso) y por medios bioquímicos (análisis de sangre durante el primer o segundo trimestre de embarazo); luego, es multiplicado por el riesgo relativo, el cual es calculado sobre la base de los resultados de cada uno de los marcadores ecográficos y por los análisis bioquímicos que establecen el riesgo definitivo.

La medición de la translucencia nucal³ durante el primer trimestre del embarazo (entre la semana 11 y 14 de amenorrea) permite detectar el 80% de los fetos afectados por una trisomía 21, cuando el valor de la translucencia nucal es mayor que el percentil 95 esperado para una determinada longitud craneocaudal⁴ del feto. Cuando se agregan los resultados del valor bioquímico (β -HCG y mediciones de PAPP-A durante el primer trimestre), la tasa de detección se aproxima al 90% para trisomía 21, con 5% de resultados de un falso-positivo (Nicolaidis, K. H., 2004; Nicolaidis, K. H., 2011).

Desde el año 2000, algunos centros han utilizado nuevos marcadores ecográficos para realizar un ultrasonido durante el primer trimestre, lo que mejoró la tasa de detección para la trisomía 21 y resultó en una tasa de detección cercana al 98%, con un 5% de falsos positivos (Cisero, S. et al, 2001; Matias, A. et al, 1998, Falcon, O. et al, 2006). Esta eficacia del ultrasonido solo puede ser lograda si los técnicos que realizan las ecografías están capacitados y son continuamente supervisados para garantizar la calidad de sus mediciones. Por cierto, en nuestro país [Bélgica], al menos el 20% de las mujeres embarazadas no cuentan con el beneficio del seguimiento temprano, ni realizan el ultrasonido de la semana 12.

³ La translucencia nucal se establece con la ayuda de un examen de ultrasonido del feto, realizado entre las semanas 11 y 14 de gestación, y mide el grosor de la zona de translucencia nucal. Esta consiste en una acumulación de líquido debajo de la piel en la parte posterior del cuello del bebé. Todos los fetos lo tienen durante el primer trimestre del embarazo, pero luego desaparece.

⁴ La longitud craneocaudal de un feto es la longitud entre el cráneo y el cóccix.

3.3. El desarrollo de la prueba NIPT

En 1997, el equipo de investigación del Dr. Dennis Lo de Oxford demostró que el ADN fetal libre en sangre (cffDNA) puede ser hallado en la sangre de la madre durante el embarazo (Lo, Y. M., 1997). Este cffDNA proviene de la placenta (células trofoblásticas) y consiste en pequeños fragmentos de aproximadamente 150-200 pares de base, lo cual representa todo el genoma fetal y puede ser detectado en el plasma materno tempranamente, a las cuatro semanas de gestación. La fracción fetal (relación entre el ADN fetal libre de células y el ADN materno libre de células) aumenta a medida que avanza el embarazo, y culmina en aproximadamente un 10% (Ashoor, G. et al, 2013). Varios factores asociados a la madre o al feto pueden afectar este porcentaje (ejemplo: obesidad, embarazo de gemelos, fertilización in vitro, etc.). Estos fragmentos de ADN tienen una vida media de corta duración: dos horas después del parto, el ADN fetal libre en sangre ya no puede ser detectado en la madre.

Desde aquel descubrimiento, encontrar métodos que faciliten un diagnóstico prenatal no invasivo, y más específicamente un método para detectar las trisomías más comunes (13, 18 y 21), se convirtió en el foco de atención. Pero no fue hasta que las nuevas tecnologías de secuenciación —secuenciación masiva paralela o secuenciación de alto rendimiento— fueron desarrolladas e implementadas que pudieron detectarse las trisomías fetales con un alto grado de sensibilidad.

La secuenciación masiva paralela permite leer y cuantificar los fragmentos de ADN fetal libre en sangre. Esta cuantificación es la base del test NIPT actual: millones de fragmentos minúsculos son leídos para

detectar cualquier cambio sutil en el ADN fetal. Leyendo y contando los millones de fragmentos minúsculos, el número de moléculas de ADN en la muestra del test puede ser comparado con la escala de referencia. Cualquier aumento estadísticamente significativo en el número de lecturas —relacionadas, por ejemplo, con el cromosoma 21— apunta a una trisomía fetal. Varios algoritmos han sido desarrollados para analizar esta cuantificación estadística (Bayindir, B. et al, 2015).

La mayoría de estas pruebas NIPT tienen un enfoque amplio del genoma, y secuencian todos los cromosomas. Sin embargo, esto no significa que todas las secuencias sean analizadas. En la mayoría de los test, solo el análisis de las trisomías 21 y 18 se han validado, porque son las aneuploidías más frecuentes. Por otro lado, los test NIPT pueden limitarse a los cromosomas 13, 18 y 21, en cuyo caso hablamos de tests “focalizados”.

Varios estudios han demostrado que el NIPT es preciso y ofrece un alto valor predictivo, tanto positivo como negativo, para el grupo de mujeres embarazadas con alto riesgo de trisomía 21 ($> 1/300$). En la población de mujeres embarazadas que no tienen un alto riesgo de aneuploidías, los índices de detección son igualmente prometedores ($>99\%$), con muy pocos falso positivos ($>0.1\%$) para todas las trisomías. (Fairbrother, G. et al, 2013; Nicolaides, K. H. et al, 2012; Bianchi, D. W. et al, 2014; Zhang, H. et al, 2015) Habiendo dicho esto, el NIPT nunca puede ser 100% preciso, teniendo en cuenta que el ADN fetal libre en sangre proviene de la placenta y siempre hay una posibilidad de mosaicismo placentar⁵. Por

⁵Mosaicismo placentario: la presencia de dos (o más) líneas celulares con diferentes complementos cromosómicos en un individuo.

lo tanto, la única manera de confirmar un NIPT anormal con absoluta certeza es someterse a una amniocentesis y comprobar si el feto ha sido afectado.

De este modo, analizando el ADN fetal libre en sangre de la madre (NIPT), el índice de detección —para la trisomía 21, principalmente— puede elevarse al 99.5%, mientras que el número de falso positivos también se reduce drásticamente (menos de 0.1%) (Gil, M. M. et al, 2015). En cuanto al debate sobre la confiabilidad del NIPT, nos referimos al informe emitido por el Consejo Superior de Salud (Lo, Y. M., 1997) y el Centro Belga de Conocimiento para la Salud (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2014).

4. Marco Normativo

El marco normativo y deontológico dentro del cual las pruebas prenatales no invasivas pueden ser establecidas es relativamente claro y coherente. Todos los textos actuales hacen énfasis en la información suministrada y en el respeto de la autonomía del paciente.

El Código Deontológico Médico insiste en que los pacientes sean informados correctamente, en líneas generales, sobre cualquier diagnóstico o medida terapéutica que se les ofrezca y, en particular, en relación con cualquier cuestión vinculada a la reproducción y a las patologías maternas o fetales. Particularmente en este área, el Código requiere de manera inequívoca que las personas involucradas sean provistas de toda la información de relevancia (art. 85), que la paciente sea plenamente informada, que su autonomía sea respetada y que el consentimiento informado sea obtenido (art. 86).

La Ley del 3 de abril de 1990 sobre la interrupción del embarazo también debe ser tomada en cuenta, porque los tests por medio del NIPT pueden sacar a la luz patologías fetales para las que no hay tratamiento. Esta ley contempla dos situaciones en las cuales el embarazo puede ser interrumpido; ambas podrían ser consideradas dentro del campo de las trisomías detectadas por el NIPT. El primer escenario posible es la angustia de una mujer embarazada que aún no está en la decimotercera semana de gestación (“antes del final de la decimosegunda semana después de la concepción”, como lo establece la ley); esto destaca la necesidad de ofrecer el NIPT a partir de la semana 11. Sin embargo, esa situación es inusual, dado que el resultado del NIPT necesitará ser confirmado por la amniocentesis, y esta no puede ser llevada a cabo hasta la semana 15 de embarazo. En la segunda situación, la interrupción después de la semana 13 puede ser solicitada en los casos en que las trisomías sean intratables y especialmente graves.

La Ley del 22 de agosto de 2002 sobre los derechos de los pacientes, entre otras cosas, estipula que los pacientes tienen derecho a:

- Un servicio de calidad que satisfaga sus necesidades, con pleno respeto por la dignidad humana y autonomía, sin distinción de ningún tipo (art. 5).
- Recibir toda la información relevante que necesitan para comprender el estado de salud y su posible evolución (art. 7).

- Libre consentimiento para cualquier intervención profesional, sujeto a haber sido informado previamente. La ley trata vastamente y en detalle el concepto de “información antes de cualquier intervención” e incluye “el propósito, la naturaleza, el grado de urgencia, la duración, la frecuencia, las contraindicaciones, los efectos secundarios y riesgos inherentes a la intervención y relevantes para el paciente, el postratamiento, las alternativas posibles y las implicancias económicas”. También estipula que la información debe ser proporcionada previamente y de manera oportuna.
- Garantizar la privacidad (art. 10).

La Ley sobre los derechos de los pacientes define la atención médica de manera extremadamente amplia: “servicios proporcionados por un profesional con el fin de promover, determinar, preservar, restaurar o mejorar el estado de salud de los pacientes, modificando su apariencia física principalmente por razones estéticas, o acompañándolos en el final de su vida” (art. 2).

Este marco legal y deontológico no estaría completo sin un recordatorio del derecho de los profesionales “a tomar decisiones basadas únicamente en la ciencia y en su conciencia” (Código Deontológico Médico, art. 32).

Una cláusula de conciencia formulada de manera diferente también figura en la Ley del 3 de abril de 1990 citada anteriormente: “Ningún médico, enfermera o paramédico está obligado a ayudar a interrumpir un embarazo”. Es claro que la cláusula de conciencia, el

derecho de los profesionales, no los libera de ninguna manera de su obligación de aconsejar e informar al paciente sobre todos los aspectos, incluyendo la opción de abortar.

6. Consideraciones éticas

6.1. Evaluación prenatal: una cuestión éticamente sensible

El comité reconoce la sensibilidad ética asociada a la evaluación prenatal. En primer lugar, la evaluación prenatal siempre está asociada con el debate sobre la protección del embrión. En su opinión N.º 18 (Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2002), el Comité abordó exhaustivamente varios puntos de vista sobre el embrión. Estos diversos enfoques sobre la protección del embrión dan lugar a un abanico de perspectivas sobre la evaluación prenatal y la interrupción del embarazo. En este contexto, también es relevante la cuestión acerca de qué califica como una condición “grave”.

En segundo lugar, el debate ético sobre la evaluación prenatal está asociado con discusiones sobre los juicios de valor que implica la interrupción del embarazo para las personas que padecen esas afecciones (Parens, E. y Asch, A., 2003). Algunos de los protagonistas de este debate temen que el examen prenatal y la terminación del embarazo tengan un efecto discriminatorio en las personas que padecen de estas condiciones y pueda conducir al desmantelamiento del apoyo social y solidario provisto para la atención a esta población (European Disability Forum, 2003). Algunos grupos de pacientes han señalado que un examen prenatal y la interrupción del embarazo sobre la base de una

condición particular podrían percibirse como un rechazo del derecho a existir y al valor de estas vidas, lo que contradice el principio de no-discriminación (Lebeer, J., 2008). Sin embargo, otros argumentan que la interrupción de un embarazo sobre la base de la discapacidad del feto puede evitar mucho sufrimiento en el largo plazo. Algunos creen que, cuando sea posible, existe una obligación moral de prevenir ese sufrimiento futuro y de garantizar que el niño nazca con las mejores oportunidades para su vida; asumiendo, por lo tanto, que la vida de un niño sin discapacidad es mejor que la de un niño con una discapacidad (Savulescu, J. y Kahane, G., 2009).

En tercer lugar, el debate ético se relaciona con el impacto social de la evaluación prenatal. Algunos creen que el test prenatal promueve la idea de que el embarazo y la reproducción son procesos controlables y manejables, en tanto les da a los padres un control significativo sobre las características genéticas de su progenie (Moen, B. y Rigo, A., 2013). Las críticas sostienen que este desarrollo podría crear una presión social para optar por los test prenatales; lo que en última instancia podría inducir la percepción de que tener un hijo con una discapacidad es un acto irresponsable, ya que podría haberse evitado en primer lugar.

Este debate fundamental sobre la idoneidad de la evaluación prenatal está más allá del alcance de este dictamen; pero, indudablemente, forma parte del debate social más amplio que el NIPT ocasiona. También vale la pena mencionar que la evaluación prenatal se considera como un medio para ejercer la autonomía reproductiva de las mujeres y las parejas. Dicha autonomía reproductiva no implica simplemente que puedan decidir por sí mismos

si desean un hijo, sino que también puedan, en cierta medida, aprender sobre la salud de este. Tener un hijo con una discapacidad severa es un peso para la vida de muchas parejas y, a menudo, significa una restricción en los planes de vida que las personas pudieran tener. La ventaja específica del NIPT, en comparación con otros métodos diagnósticos prenatales más invasivos, es que a partir de ahora las parejas podrán informarse sobre la salud de su futuro hijo con muchas menos probabilidades de aborto espontáneo y con menor carga psicológica.

En este contexto, el Comité desea enfatizar que los tests prenatales, en general, y el NIPT, para las trisomías 13, 18 y 21 en particular, deben cumplir una serie de criterios específicos para una oferta responsable.

A diferencia de otros tipos de pruebas prenatales (por ejemplo, pruebas de detección de cáncer intestinal o de enfermedades neonatales) que están diseñadas para detectar una patología que se puede prevenir o curar, el propósito de la evaluación prenatal para detectar anomalías fetales (como trisomía 21, 13 o 18) es informar a las mujeres embarazadas sobre la salud del feto para que puedan tomar las decisiones reproductivas libremente.

Por este motivo, el uso del término “preventivo” en el contexto de la evaluación prenatal para trisomías 21, 13 y 18 es inadecuado (Health Council of the Netherlands, 2008). Desde el punto de vista de las autoridades, la finalidad de la evaluación prenatal no es prevenir ciertas condiciones, sino ofrecer “a los participantes ciertos cursos de acción” (Health Council of the Netherlands, 2008) y permitirles tomar decisiones informadas. La prevención de ciertas condiciones es una posible consecuencia de las decisiones que toman los ciudadanos.

Esta distinción es tan sutil como importante. De hecho, las autoridades no pueden imponer decisiones reproductivas a sus ciudadanos.

La participación de las autoridades en la facilitación de la evaluación prenatal es, cuanto menos, una cuestión extremadamente sensible. Algunos creen que la organización o la cuestión del reintegro del valor de las evaluaciones prenatales para las trisomías 21, 13 y 18 nunca se pueden considerar neutrales. Esto queda claro si se tiene en cuenta la oleada de reacciones que ocasiona la pregunta de si la detección de la trisomía 21 es apropiada (Libeer, J., 2014). De ahí la crítica de que existe una presión social, política y médica para no permitir que ciertos niños nazcan (por ejemplo, los niños con síndrome de Down). En este debate, el concepto de “eugenesia” se emplea regularmente. El hecho de que las autoridades provean fondos para financiar una investigación sobre las evaluaciones prenatales podría interpretarse como una medida eugenésica, en tanto sugeriría que las personas que padecen esta condición no son bienvenidos en nuestra sociedad. Sin embargo, la palabra “eugenesia” se usa de manera incorrecta en este contexto, porque el concepto se relaciona a situaciones en las que una autoridad impone elecciones reproductivas. El Comité considera que las autoridades públicas pueden desempeñar un papel importante ofreciendo a las mujeres embarazadas el acceso a tests seguros y confiables, los cuales les proporcionen la información necesaria para que tomen decisiones reproductivas convenientes con total libertad. Así, deberían poder contar con un asesoramiento adecuado y el respaldo necesario.

Desde un punto de vista ético, ni la prueba prenatal ni la elección que se realiza sobre la base de este test deben imponerse a las mujeres embarazadas. El hecho de ofrecer a las mujeres la posibilidad de interrumpir o no su embarazo porque se ha detectado que el feto tiene una afección no implica, necesariamente, que la vida de las personas que padecen la misma afección se considere menos valiosa, ni que fuese mejor si no hubieran nacido (Gezondheidsraad, 2013).

En este sentido, el Comité desea presentar una serie de criterios para la oferta responsable en el marco de la implementación del NIPT. El incumplimiento de estos requisitos puede tener efectos adversos, como la falta de información o de asesoramiento apropiado, la desinformación o el asesoramiento inadecuado respecto a las decisiones reproductivas, la presión social o la estigmatización. El Comité señala que estos criterios son relevantes para todas las pruebas de detección prenatal y no solo para el NIPT.

6.2. Criterios para un ofrecimiento responsable del NIPT

6.2.1. *Desafíos clínicos, técnicos y su impacto social*

Actualmente, el test NIPT es una práctica clínica bastante común tanto a nivel internacional (Larion, S. et al, 2014) como en Bélgica (Brison, N. et al, 2014). Más específicamente, un número significativo de mujeres embarazadas de alto riesgo (debido a su edad o al resultado de la prueba combinada) ya dispone de este test. Más aún, muchas mujeres embarazadas también lo solicitan a pesar de no pertenecer a la categoría de alto riesgo.

No obstante, la incorporación del NIPT no puede considerarse independiente de otros aspectos y técnicas utilizadas en el entorno prenatal, como el control de la calidad de las ecografías y de las pruebas combinadas.

La ventaja principal del NIPT es que el riesgo de aborto espontáneo asociado a las pruebas prenatales invasivas (y actualmente evaluados en 0.5-1%) puede evitarse. Las mujeres embarazadas consideran que esta es la ventaja principal del NIPT (van Schendel, R. V. et al, 2014). La prueba invasiva (es decir, la amniocentesis) ya no se ofrece a las mujeres a menos que el resultado del NIPT sea anormal. Aunque este paso adicional en el proceso de las pruebas prenatales hace que el procedimiento para las mujeres involucradas sea aún más largo y engorroso, las ventajas parecen ser mayores que los inconvenientes. El hecho de que este test se pueda realizar más tempranamente que la prueba combinada también se considera una ventaja. Dicho esto, el NIPT no puede reemplazar completamente las evaluaciones prenatales actuales, porque podría perderse información clínica relevante sobre otras patologías que no sean las trisomías 13, 18 y 21 (Nicolaidis, K. H. et al, 2012). Esto también se aplica a los casos de anomalías congénitas múltiples; en estas es preferible una prueba invasiva antes que el NIPT, porque cada uno de los 23 pares de cromosomas debe ser examinado.

También vale la pena señalar que el riesgo de tener un hijo afectado por la trisomía 21, 13 o 18 no se distribuye de manera uniforme entre todas las mujeres embarazadas. Los factores generalmente reconocidos son:

(1) edad avanzada (en este aspecto, la edad de 35 se considera significativa); (2) una prueba combinada positiva; (3) embarazos previos con aneuploidías o (4) riesgos genéticos conocidos (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012). En lo que respecta a la población de mujeres de alto riesgo, el NIPT brindará una mejor devolución respecto a la detección de trisomías que en una población de mujeres de bajo riesgo.

De todos modos, el NIPT es igualmente valioso para mujeres que no tienen un alto riesgo de aneuploidías (Haymon, L. et al, 2014). En primer lugar, el deseo de tomar decisiones reproductivas no se asocia necesariamente a un mayor riesgo, y *todas* las mujeres embarazadas tienen derecho a ejercer su autonomía reproductiva y exigir la información necesaria para ejercerla.

Además, diversos estudios que se han llevado a cabo para validar el uso clínico del NIPT en embarazos de bajo riesgo (Nicolaidis, K. H., 2012; Bianchi, D. W. et al, 2014; Song, K. et al, 2013) indican que la su implementación podría mejorar la tasa de detección de aneuploidías y reducir el número de falsos positivos. Esto permitiría que la cantidad de mujeres que se someten innecesariamente a una prueba invasiva para detectar la trisomía 21 sea reducida. En lo que respecta a la trisomía 13, el número de falsos positivos varía en función de la tecnología utilizada (Dondorp, W. et al, 2015). Por lo tanto, es esencial que el test para detectar la trisomía 13 se valide para que se integre al NIPT.

6.2.2. Garantizando el acceso para la oferta del test

En Bélgica, todas las mujeres embarazadas tienen acceso, en principio, al NIPT. Dicho esto, ciertos obstáculos pueden impedir el acceso efectivo a esta prueba. En primer lugar, el gasto, que actualmente deber ser asumido por las mujeres embarazadas en su totalidad. Varios proveedores de seguros de salud han tomado la iniciativa de reintegrar parcialmente el costo del NIPT. En segundo lugar, no hay garantías de que la opción de hacer uso del NIPT pueda ser discutida con todas las mujeres que van a realizar un chequeo durante el embarazo. En este sentido, vale la pena destacar que, muy frecuentemente, las mujeres embarazadas no recurren a un médico especialista durante su embarazo o lo hacen tardíamente. Así, se deben realizar variados esfuerzos para que los grupos sociales más vulnerables tengan acceso a una atención de calidad durante su embarazo.

El Comité está preocupado por las desigualdades en el cuidado de la salud que el NIPT podría ocasionar si este solo estuviera garantizado para las mujeres que pueden costearlo. Atendiendo a la equidad, el Comité destaca la importancia del acceso a nuevas tecnologías confiables. Por supuesto, para que resulte efectivo, se debe tener en cuenta el modo en el que se invierten los fondos públicos. El reintegro del costo del test en función del riesgo es, en principio, una buena opción siempre que esté justificada adecuadamente. Sin embargo, puede desatarse un conflicto ético importante si el NIPT se presenta paulatinamente como la prueba más segura y confiable para embarazadas, y a su vez el acceso se ve obstaculizado porque su valor es reintegrado solo a una población limitada o, incluso, no es reintegrado en lo absoluto.

El personal médico espera que la cantidad de mujeres que optan por el NIPT supere las cifras que actualmente se someten a una evaluación prenatal (Sayres, L. C. et al, 2011). Un grupo de expertos liderado por Hill y otros (Hill, M. et al, 2013) creen que el NIPT llevará a que aumente el número de pacientes que utilizan esta prueba para obtener información del feto, sin que el resultado de la prueba tenga ningún efecto sobre el curso posterior del embarazo. Consideran que, precisamente porque el NIPT presenta un riesgo mínimo para el embarazo, este será valorado por aquellas mujeres que quieran saber más al respecto, pero que se negarían a interrumpirlo o que rechazarían un test invasivo debido al riesgo de aborto espontáneo que conlleva (Chitty, L. S. y Kroese, M., 2015; Lewis, C. et al, 2013).

6.2.3. Prevenir la trivialización y asegurar una toma de decisiones informada

El Comité sostiene que todas las mujeres embarazadas deben estar al tanto sobre los beneficios del NIPT y, por ende, alienta a los profesionales de la salud a debatir oportunamente la accesibilidad de los tests prenatales con sus pacientes y proporcionarles la información pertinente sobre las pruebas y su impacto, respetando la libertad de elección de las mujeres de aceptar o rechazar la opción de someterse a estas. Al mismo tiempo, el Comité solicita una vigilancia especial para evitar que una evaluación de este tipo sea trivializada. Si se ofrece rutinariamente, existe el riesgo de que tanto el asesoramiento como la decisión de acceder al test se realicen de manera menos cautelosa.

Asimismo, en el contexto actual de las evaluaciones prenatales, varios estudios han demostrado que las embarazadas no siempre entendieron la importancia y las implicaciones de estas evaluaciones, y no siempre fueron conscientes de que se estaban sometiendo a una prueba de detección prenatal (Hall, A. et al, 2009; Bianchi, D. W., 2012; Rowe, H. J. et al, 2006; van den Berg, M. et al, 2005; Kohut, R, J., et al., 2002).

Muchos estudios del NIPT han subrayado que las mujeres pueden sentir la presión social de someterse a una prueba etiquetada como segura y “fácil” (Lewis, C. et al, 2013). La naturaleza invasiva del examen prenatal actual lleva a que las embarazadas piensen cuidadosamente antes de tomar una decisión. En cambio, al no ser invasivo, se vuelve sencillo someterse al NIPT, lo que puede significar tanto una ventaja como una desventaja.

Si el NIPT es introducido como una prueba de primer nivel, es posible que prevenir la trivialización resulte uno de los mayores desafíos éticos para enfrentar (Newson, A. J. 2008; Schmitz, D., 2009; Hall, A. et al, 2009). Después de todo, existe el riesgo de que los profesionales de la salud presenten al NIPT como un examen de rutina, y que a las mujeres embarazadas ya no se les dé explícitamente la opción de no someterse a la prueba y la consiguiente información (Schmitz, D. et al, 2009). Si el NIPT se define como un examen de control, el riesgo de que el test se vuelva trivial se reduciría porque los profesionales de la salud les proveerían a las mujeres que obtuvieron un resultado positivo en la prueba combinada la posibilidad de decidir si desean o no acceder al este (Bianchi, D. W., 2012).

El Comité opina que el único modo de limitar el riesgo de su trivialización es prestar más atención a las condiciones para tomar una decisión prudente. Por lo tanto, las mujeres embarazadas deben ser informadas adecuadamente sobre las características, limitaciones y consecuencias del NIPT, y también sobre sus riesgos. Es esencial que la persona cuente con la información pertinente para que pueda tomar una decisión con conocimiento de causa a la hora de aceptar o rechazar la realización del test. A tal efecto, las mujeres embarazadas deben tener acceso a folletos o sitios web que les provean información acerca del NIPT, y también a los profesionales de la salud, para que además de informar, puedan responderles cualquier inquietud que les surja.

Encuestas realizadas a mujeres embarazadas han puesto de manifiesto que la información acerca de la prueba combinada que se realiza actualmente es en algunas ocasiones incompleta o imprecisa (Rowe, H. J. et al, 2006; van den Berg, M., 2005; Kohut, R. J. et al, 2002). Una posible explicación podría basarse en que el personal de salud dedique menos tiempo a informar a las mujeres consideradas de bajo riesgo y tienda a centrarse en las mujeres consideradas de alto riesgo y que se enfrentan a la elección entre la prueba de vellosidades coriónicas o el examen de líquido amniótico (Vanstone, M. et al, 2014). En términos del NIPT, esto es un hallazgo importante. En un escenario donde el NIPT solo se ofreciera a mujeres de alto riesgo, la información brindada probablemente sería mucho mejor. En este caso, la información sobre la prueba prenatal es proporcionada en etapas, y cada etapa presenta una nueva oportunidad de ampliarla. En este último escenario, el grupo sería relativamente pequeño y, por ende, “manejable” por el personal de salud encargado de brindar asesoramiento. Si, por otra parte, se ofrece el NIPT

a la totalidad de las mujeres embarazadas, la presión del personal de salud probablemente se incremente significativamente. Esto, posiblemente, ocasionará que los profesionales de la salud dediquen menos tiempo al asesoramiento y que los pacientes cuenten con menos tiempo para asimilar la información sobre el test y sus implicancias (Vanstone, M. et al, 2014; Wright, C., 2009). De hecho, la información deberá proporcionarse teniendo en cuenta la necesidad del paciente respecto a esta, de acuerdo a sus consideraciones morales y en un modo no directivo. Esto debería crear las condiciones adecuadas para que una mujer embarazada pueda tomar una decisión informada sin presión externa. El enfoque en la disponibilidad de información de calidad, transmitida de forma amigable, no solo debe traducirse en el apoyo mientras que el paciente transita el NIPT, sino también cuando le entregan los resultados de este test, y durante cualquiera de los pasos posteriores que el paciente elija.

6.2.4. Revelamiento de información incidental

Ocasionalmente, un estudio o prueba de diagnóstico arroja información incidental que puede ser relevante para el paciente, aunque sea irrelevante para el problema original. Cuando dicha información pueda conducir a una intervención preventiva o terapéutica, es importante compartirla con el paciente en el contexto de la genética clínica. No realizarlo puede interpretarse como una negligencia grave. Los debates actuales sobre hallazgos incidentales realizados en el curso del análisis del genoma de niños y adultos también aplican al análisis genético del feto. Es fundamental dedicar el tiempo necesario para el asesoramiento genético, antes y después del test.

6.2.5. El rol de las autoridades para garantizar una oferta responsable

A partir de las consideraciones acerca de la evaluación prenatal descritas previamente, queda claro que las autoridades públicas tienen un papel importante que desempeñar. De hecho, las autoridades deben garantizar, en primer lugar, la menor confusión posible acerca del propósito de la evaluación prenatal. Los tests apuntan a ofrecer a la población opciones informadas, y la libertad de elección debe ser garantizada (Gezondheidsraad, 2013).

En ningún caso, los test deben convertirse en un velo de un contexto eugenésico subyacente donde las parejas, en la práctica, ya no tienen otra opción. Esto significa que las autoridades, en colaboración con el personal médico, deben asegurar el desarrollo de información de calidad que resalte las ventajas y desventajas del NIPT.

En el marco de los tests de evaluación prenatal, el rol de las autoridades se centra en la gestión y la coordinación. Los tests deben cumplir con las normas estipuladas en beneficio de las mujeres embarazadas. Asimismo, deben garantizar la pertinencia de la información, la accesibilidad al asesoramiento genético, la supervisión de la calidad de los tests ofrecidos, el desarrollo de protocolos asistenciales, el acceso al test y un uso apropiado de los fondos públicos. Además, los grupos sociales vulnerables y los grupos de riesgo específico deben recibir especial atención. Al mismo tiempo, las embarazadas que deseen continuar con su embarazo deben recibir un apoyo adecuado. Las personas que sufren de una discapacidad física o mental son

también ciudadanos de nuestra sociedad. Esto implica que las autoridades deben garantizar un sostén educativo adecuado, asistencia domiciliaria, una correcta atención médica, y servicios domiciliarios y no domiciliarios.

2. Conclusiones

Se le solicitó al Comité Asesor en Bioética que emitiera un dictamen acerca de las dimensiones éticas de las evaluaciones prenatales no invasivas. La opinión se focalizó en las dimensiones éticas de este test en el contexto de su implementación en el sistema de salud. En vistas del hecho de que, en este momento, y hasta donde el Comité Asesor en Bioética puede establecer, los test no invasivos para las trisomías 21, 13 y 18 no son directamente ofrecidos a los consumidores a través de Internet, ese aspecto ha sido deliberadamente omitido. Además, el Comité Asesor en Bioética y el Consejo Superior de Salud ya se han ocupado de la cuestión del autoexamen genético en el pasado (Borry, P. et al, 2012; Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2004). El tema de esta opinión no era si el examen prenatal es apropiado en cuanto tal, sino más bien identificar cualquier problema urgente que necesite ser analizado si el NIPT se convierte en parte integrante del cuidado de la salud y la práctica clínica. El Comité ha llegado a las siguientes conclusiones y recomendaciones:

1. La detección prenatal es un área especialmente sensible desde el punto de vista ético. De hecho, en esta área se entrelazan los debates sobre el derecho a la dignidad y los intereses del niño por nacer, la libertad de elección de la mujer

embarazada y la actitud que se espera del equipo médico. Cualquier forma de test prenatal que pueda conducir a la interrupción del embarazo es también un tema para el debate ético. Como resultado, el Comité quiere centrarse en el hecho de que cualquier oferta de test prenatal y el NIPT, en particular, deben formularse de manera que permitan a la mujer embarazada tomar una decisión debidamente informada. De ninguna manera debe la oferta del test prenatal conducir a una obligación de tomar ciertas decisiones.

2. En este sentido, las autoridades tiene un rol importante que es el de gestionar y coordinar la implementación de las evaluaciones prenatales, prestando especial atención a la calidad de los test ofrecidos, la calidad de la información, el asesoramiento y el acceso a los test. Esto debería garantizar que las personas vulnerables de la sociedad y los grupos de riesgo específicos reciban la atención necesaria.
3. En el contexto del NIPT, el riesgo de trivialización y la presión social no pueden ser excluidos. El Comité Asesor en Bioética considera que este riesgo solo puede ser evitado asegurando que se establezcan las condiciones para facilitar una decisión cuidadosa. Más aún, las mujeres embarazadas deben ser adecuadamente informadas sobre las características, las limitaciones y las consecuencias de las pruebas prenatales no invasivas.

4. Las consideraciones acerca de la equidad hacen que el Comité señale la importancia de asegurar un acceso amplio a una tecnología nueva y confiable como el NIPT. A pesar de que las autoridades están obligadas a evaluar el costo de las diversas opciones en políticas del cuidado de la salud, un problema ético relacionado con la equidad aparecerá si el NIPT es el test más seguro y confiable pero el acceso a esta prueba se ve obstaculizado por restricciones financieras.
5. El Comité también enfatiza la importancia de brindar el apoyo necesario a las mujeres embarazadas que deciden continuar con el embarazo. Esto también implica que las autoridades deben asumir la misma responsabilidad en cuanto a las personas que sufren de una discapacidad física o mental, especialmente en las áreas de educación, personal de apoyo y tratamiento domiciliario y no domiciliario.

Referencias bibliográficas

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Committee opinion no. 545: Noninvasive prenatal testing for fetal aneuploidy. *Obstet Gynecol*, 120(6), 1532-1534.
- Ashoor, G., Syngelaki, A., Poon, L. C., Rezende, J. C., Nicolaides, K. H. (2013). Fetal fraction in maternal plasma cell-free DNA at 11-13 weeks' gestation: relation to maternal and fetal characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 41(1), 26-32.

Bayindir, B., Dehaspe, L., Brison, N., Brady, P., Ardui, S., Kammoun, M. et al. (2015). Noninvasive prenatal testing using a novel analysis pipeline to screen for all autosomal fetal aneuploidies improves pregnancy management. *Eur J Hum Genet*.

Belgian Advisory Committee on Bioethics. (18 de septiembre de 2002) Opinion N.º 18 of 16 September 2002 on research on human embryos *in vitro*.

Belgian Advisory Committee on Bioethics (5 de julio de 2004). Opinion N.º 32 of 5 July 2004 on the free availability of genetic tests.

Benn, P. A., Chapman, A.R. (2010). Ethical challenges in providing noninvasive prenatal diagnosis. *Obstetrics and Gynecology*, 22(2), 128-134.

Bianchi, D.W. (2012). From prenatal genomic diagnosis to fetal personalized medicine: progress and challenges. *Nature medicine*, 18(7), 1041-1051.

Bianchi, D.W., Parker, R. L., Wentworth, J., Madankumar, R., Saffer, C., (2014). Das AF et al. DNA sequencing versus standard prenatal aneuploidy screening. *New England Journal of Medicine*, 370(9), 799-808.

Borry, P., Antoine-Poirel, H., Baatout, S., Blaumeiser, B., Cassiman, J., de Thibault de Boesinghe, L., Fondu, M., Godderis, L., Haufroid, V., Hulstaert, F., Kirsch-Volders, M., Liebaers, I., Loeys, B., Poppe, B., Schamps, G., Van Larebeke, N., Van Nerom, A., Van Oyen, H., Ver Ellen-Dumoulin, C., Vikkula, M. (2012). *Direct-to-consumer genetic testing services*. Brussels: Superior Health Council.

- Brison, N., Bayindir, B., Brady, P., Dehaspe, L., Ardui, S., Van Houdt, J. et al. (2014). Clinical implementation of non-invasive prenatal aneuploidy detection. *European Journal of Human Genetics*, 22(suppl 1), 19.
- Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. (22 de mayo de 2014). The non-invasive prenatal test (NIPT) for trisomy 21 - Health economic aspects. Bélgica.
- Cicero, S., Curcio, P., Papageorghiou, A., Sonek, J., Nicolaidis, K. (2001). Absence of nasal bone in fetuses with trisomy 21 at 11 to 14 weeks of gestation: an observational study. *The Lancet*, 358(9294), 1665-1667.
- Chiu, R. W., Chan, K. C., Gao, Y., Lau, V. Y., Zheng, W., Leung, T. Y. et al. (2008). Noninvasive prenatal diagnosis of fetal chromosomal aneuploidy by massively parallel genomic sequencing of DNA in maternal plasma. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 105(51), 20458-20463.
- Conseil Supérieur de la Santé (7 de mayo de 2014). Mise en oeuvre du screening génétique prénatal non invasif de la trisomie 21 (syndrome de Down) dans la pratique des soins de santé en Belgique. Avis n.º8912.
- Chitty, L.S., Kroese, M. (2015). Realising the promise of non-invasive prenatal testing. *BMJ*, 350, h1792.
- Deans, Z., Hill, M., Chitty, L. S., Lewis, C. (2013). Non-invasive prenatal testing for single gene disorders: exploring the ethics. *European Journal of Human Genetics*, 21(7), 713-718.

- Dondorp, W., de Wert, G., Bombard, Y., Bianchi, D. W., Bergmann, C., Borry, P. et al. (2015) Non-invasive prenatal testing for aneuploidy and beyond: challenges of responsible innovation in prenatal screening. *European Journal of Human Genetics*.
- Donley, G., Hull, S. C., Berkman, B. E. (2012). Prenatal whole genome sequencing. *Hastings Center Report*, 42(4), 28-40.
- De Jong, A., Dondorp, W. J., de Die-Smulders, C. E., Frints, S.G., de Wert, G. M. (2010). Non-invasive prenatal testing: ethical issues explored. *European Journal of Human Genetics*, 18(3), 272-277.
- De Jong A., Dondorp W. J., Frints S. G., de Die-Smulders, C. E., de Wert, G. M. (2011). Non-invasive prenatal diagnosis for aneuploidy: toward an integral ethical assessment. *Human Reproduction*, 26(11), 2915-2917.
- European Disability Forum. (2003). *Resolution on prenatal diagnosis and the right to be different*. Brussels: EDF.
- Fairbrother, G., Johnson, S., Musci, T. J., Song, K. (2013) Clinical experience of noninvasive prenatal testing with cell-free DNA for fetal trisomies 21, 18, and 13, in a general screening population. *Prenat Diagn*, 33(6), 580-583.
- Falcon, O., Faiola, S., Huggon, I., Allan, L., Nicolaides, K.H. (2006). Fetal tricuspid regurgitation at the 11+ 0 to 13+ 6 week scan: association with chromosomal defects and reproducibility of the method. *Ultrasound in Obstetrics y Gynecology*, 27(6), 609-612.
- Fan, H.C., Blumenfeld, Y.J., Chitkara, U., Hudgins, L., Quake, S.R. (2008) Noninvasive diagnosis of fetal aneuploidy by shotgun sequencing DNA from maternal blood. *Proc Natl Acad Sci USA*, 105(42), 16266-16271.

- Gezondheidsraad. (2013). *NIPT: dynamiek en ethiek van prenatale screening*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gil, M. M., Quezada, M.S., Revello, R., Akolekar, R., Nicolaides, K.H. (2015). Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for fetal aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics y Gynecology*, 45(3), 249-266.
- Hall, A., Bostanci, A., Wright, C. F. (2009). Non-invasive prenatal diagnosis using cell-free fetal DNA technology: applications and implications. *Public Health Genomics*, 13(4), 246-255.
- Haymon, L., Simi, E., Moyer, K., Aufox, S., Ouyang, D.W. (2014). Clinical implementation of noninvasive prenatal testing among maternal fetal medicine specialists. *Prenatal diagnosis*, 34(5), 416-423.
- Health Council of the Netherlands. (2008). *Screening: between hope and hype*. Den Haag.
- Hill, M., Karunaratna, M., Lewis, C., Forya, F., Chitty, L. (2013). Views and preferences for the implementation of noninvasive prenatal diagnosis for single gene disorders from health professionals in the United Kingdom. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 161(7), 1612-1618.
- Kohut, R. J., Dewey, D., Love E. J. (2002). Women's knowledge of prenatal ultrasound and informed choice. *J Genet Couns*, 11(4), 265-276.
- Larion, S., Warsof, S.L., Romary, L., Mlynarczyk, M., Peleg, D., Abuhamad, A. Z. (2014). Uptake of noninvasive prenatal testing at a large academic referral center. *American journal of obstetrics and gynecology*, 211(6), 651-6e1.

- Lebeer J. (2008). Ethische paradoxen aan het begin van het leven. *Ethische Perspectieven*, 18(4), 598.
- Lewis, C., Silcock, C., Chitty, L. S. (2013). Non-invasive prenatal testing for Down's syndrome: pregnant women's views and likely uptake. *Public Health Genomics*, 16(5):223-232.
- Libeer, J. (9 de enero de 2014). Daar is het spook van de eugenetica. *De Standaard*.
- Lo, Y. M., Corbetta, N., Chamberlain, P. F., Rai, V., Sargent, I. L., Redman, C. W. et al. (1997). Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. *Lancet*, 350(9076), 485-487.
- Matias, A., Gomes, C., Flack, N., Montenegro, N., Nicolaidis, K. H. (1998). Screening for chromosomal abnormalities at 10-14 weeks: the role of ductus venosus blood flow. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 12(6), 380-384.
- Moens, B., Rigo, A. (2013). Niet-invasieve prenatale diagnostiek: ethische overwegingen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 69(7), 324-332.
- Newson, A. J. (2008). Ethical aspects arising from non-invasive fetal diagnosis. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 13, No. 2, pp. 103-108). WB Saunders.
- Nicolaidis, K. H. (2004). Nuchal translucency and other first-trimester sonographic markers of chromosomal abnormalities. *Am J Obstet Gynecol*, 191(1), 45-67.
- Nicolaidis, K. H. (2011). Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. *Prenat Diagn*, 31(1), 7-15.
- Nicolaidis, K. H., Syngelaki, A., Ashoor, G., Birdir, C., Touzet, G. (2012) Noninvasive prenatal testing for fetal trisomies in a routinely screened first-trimester population. *American journal of obstetrics and gynecology*, 207(5), 374-3e1.

- Parens, E. y Asch, A. (2003). Disability rights critique of prenatal genetic testing: reflections and recommendations. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 9(1), 40-47.
- Rowe, H.J., Fisher, J.R., Quinlivan, J.A. (2006). Are pregnant Australian women well informed about prenatal genetic screening? A systematic investigation using the Multidimensional Measure of Informed Choice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 46(5), 433-439.
- Savulescu, J. y Kahane, G. (2009). The moral obligation to create children with the best chance of the best life. *Bioethics*, 23(5), 274-290.
- Sayres, L. C., Allyse, M., Norton, M. E., Cho, M. K. (2011). Cell-free fetal DNA testing: a pilot study of obstetric healthcare provider attitudes toward clinical implementation. *Prenatal diagnosis*, 31(11), 1070-1076.
- Schmitz, D., Netzer, C., Henn, W. (2009). An offer you can't refuse? Ethical implications of noninvasive prenatal diagnosis. *Nature Reviews Genetics*, 10(8), 515.
- Skirton, H., Goldsmith, L., Chitty, L.S. (2014). An easy test but a hard decision: ethical issues concerning non-invasive prenatal testing for autosomal recessive disorders. *European Journal of Human Genetics*.
- Song, K., Musci, T. J., Caughey, A. B. (2013). Clinical utility and cost of non-invasive prenatal testing with cfDNA analysis in high-risk women based on a US population. *The Journal of Maternal-Fetal y Neonatal Medicine*, 26(12), 1180-1185.

- van den Berg, M., Timmermans, D. R., ten Kate, L. P., van Vugt, J.M, van der Wal, G. (2005). Are pregnant women making informed choices about prenatal screening? *Genetics in Medicine*, 7(5), 332-338.
- van Schendel, R. V., Kleinveld, J. H., Dondorp, W. J., Pajkrt, E., Timmermans, D. R., Holtkamp, K. C. et al. (2014). Attitudes of pregnant women and male partners towards non-invasive prenatal testing and widening the scope of prenatal screening. *European Journal of Human Genetics*, 22(12), 1345-1350.
- Vanstone, M., King, C., de Vrijer, B., Nisker, J. (2014). Non-invasive prenatal testing: ethics and policy considerations. *J Obstet Gynaecol Can*, 36(6), 515-526.
- Wright, C. (2009). Cell-free fetal nucleic acids for non-invasive prenatal diagnosis: report of the UK expert working group. PHG Foundation.
- Zhang, H., Gao, Y., Jiang, F., Fu, M., Yuan, Y., Guo, Y. et al. (2015). Non-invasive prenatal testing for trisomies 21, 18 and 13: clinical experience from 146,958 pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 45(5), 530-538.

Capítulo 16

EVOLUCIÓN DEL RÉGIMEN LEGAL Y REGULATORIO DE LA REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA EN ARGENTINA

Carolina Moyano Vargas

1. Aspectos preliminares sobre el abordaje

Como sabemos, la Ley de Acceso Integral a las Técnicas y Procedimientos en Reproducción Asistida (Ley 26.862)¹ se erigió con el objetivo principal de colocar en pie de igualdad de derechos a la población, por lo que resultó un instrumento de equilibrio y pacificación.

Así, frente a la siempre necesaria adaptabilidad del derecho al devenir de los hechos, el Ministerio de Salud de la Nación (en adelante, denominado indistintamente como Ministerio de Salud de la Nación o Ministerio de Salud), en su carácter de autoridad de aplicación de dicha ley, respecto de todo el territorio de la Nación (arts. 3 y 9), ha dictado una serie de normas a efectos de tornar plenamente operativos los derechos emanados de dicha ley; ello es, con el fin de afianzar de manera efectiva la equidad y garantizar la sustentabilidad de las prestaciones.

De este modo, cabe recordar, antes de proseguir, que el Ministerio de Salud de la Nación presenta distintos roles frente a la compleja distribución de potestades que surgen del sistema federal de gobierno adoptado por la República Argentina, a través del cual, las provincias que la constituyen conservan todo el poder que expresamente

¹ B.O.: 26/06/2013

no le han delegado al Estado Nacional (art. 121 de la Constitución Nacional de la República Argentina; en adelante, CN)². Tales roles diversos resultan: (a) la función de rectoría a nivel federal que le cabe a dicho ministerio respecto de todo el territorio de la República Argentina, la cual, en el caso de la reproducción asistida, se ve no solo reforzada sino magnificada frente a la aplicación de dicha ley en toda la Argentina, que otorga las partidas presupuestarias necesarias para la atención de la población con cobertura exclusiva del subsector público de salud (ello es, aquella parte de la población que se encuentra afiliada o resulta beneficiaria de cobertura de salud a través de obra social o empresa de medicina prepaga)³. Esto transforma a dicha función en una función regulatoria a nivel federal. Además, (b) la función local que le cabe específicamente y refiere a sus facultades de contralor de los establecimientos de reproducción asistida (cuenten o no con bancos de gametos), a través de las potestades de habilitación y fiscalización que conserva

² Art. 121: CN: “Artículo 121.- Las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación”.

³ Al respecto, la Ley 26.862 y su Decreto reglamentario disponen que: “A los fines de garantizar el cumplimiento de los objetivos de la presente ley, el Ministerio de Salud de la Nación deberá proveer anualmente la correspondiente asignación presupuestaria” (art. 9:26.862) y que: “El sistema de Salud Público cubrirá a todo argentino y a todo habitante que tenga residencia definitiva otorgada por autoridad competente, y que no posea otra cobertura de salud” (art. 8 del Anexo al Decreto Reglamentario 956/13), como que: “Conforme lo establecido por el artículo 6.º de la Ley N° 26.862, el Ministerio de Salud asignará anualmente las partidas presupuestarias correspondientes, para la atención de la población en los términos del artículo 8.º de la presente reglamentación” (art. 9 del Anexo al Decreto Reglamentario 956/13).

respecto de aquellos ubicados únicamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o de carácter nacional (y no provincial), como en el supuesto de brindar el servicio de certificación de los consentimientos informados otorgados en el marco de un tratamiento de reproducción humana asistida (en adelante, TRHA) —todo sobre lo cual oportunamente se irá—.

Aquí se abordará la materia regulatoria: ello es, en el plano antes indicado como (a) la función de rectoría federal y (b) la función de contralor y servicio local, a fin de armonizar intereses, generar equidad, afianzar igualdad y otorgar seguridad jurídica entre los actores que interactúan en las relaciones jurídicas entabladas con motivo o en aras del acceso a la reproducción médicamente asistida (personas que requieren acceder a las TRHA, personas que intervienen en las TRHA en carácter de donantes de gametos o embriones, prestadores de los servicios a través de la atención médica, psicológica y de laboratorio correspondientes, y obligados al pago de las prestaciones —los tres subsectores de salud—).

Asimismo, se abordarán los desafíos en materia normativa tanto para el Poder Ejecutivo Nacional a través del Ministerio de Salud (en ambos roles: federal y local) como para el Poder Legislativo Nacional⁴.

⁴ Es menester tener en consideración que el presente se ocupa únicamente de cuestiones de naturaleza normativa, por cuanto las cuestiones operativas que se proyectan, planifican, ejecutan, implementan y monitorean a nivel federal trascienden largamente las cuestiones de orden regulatorio, por lo que pueden citarse a modo ejemplificativo, acciones y estrategias sanitarias a través de las cuales: (i) se relevan necesidades de cada provincia en sus hospitales, a través de reuniones con ministros provinciales y el personal de los hospitales, a fin de que cada provincia pueda contar con un servicio de reproducción médicamente asistida que dé respuesta a los ciudadanos

Es un hecho —y por ello la mención inicial—: la Ley 26.862 (Ley de Acceso Integral a las Técnicas y Procedimientos en Reproducción Asistida) constituye la norma base en lo que refiere a regulación de la reproducción asistida en la República Argentina. Y es a partir de dicha ley (reglamentada por el Decreto Reglamentario 956/13 del Poder Ejecutivo Nacional)⁵, y también a partir de la sanción de la Ley 26.994, aprobatoria del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (vigente desde el 01/08/2015 en virtud de lo previsto por la ley 27.077)⁶, que el Ministerio de Salud de la Nación, en ejercicio de las potestades antes mencionadas y con el objetivo de tornar efectivamente operativos los derechos reconocidos por ambos cuerpos legales (la Ley 26.862, por un lado, y la Ley 26.994 —en lo pertinente—, por el otro), comienza a transcurrir un

que concurren a dichos hospitales y que carecen de obra social o de cobertura privada; (ii) se continúa con la provisión de medicamentos para baja y alta complejidad de acuerdo a la demanda provincial; (iii) se establecen y monitorean indicadores, metas y objetivos concretos para cada provincia a fin de fortalecer las acciones de cada una en reproducción médicamente asistida; (iv) se continúa trabajando con provincias que necesiten reforzar el cumplimiento a la Ley 26.862 y sobre las cuales el Estado Nacional no presenta potestades jerárquicas; (v) se establece una política de capacitación efectiva del capital humano de los hospitales provinciales para mejorar la calidad de los servicios y sus consecuentes resultados; (vi) se afianza la relación con cada provincia, a efectos de acompañarlas en colaborar con la satisfacción de las necesidades planteadas, en los desafíos propuestos frente a la demanda de la población y la sustentabilidad y eficiencia del subsector público. Es en este sentido, como antes se indica, que se generan capacitaciones continuas, donde se los forma científicamente y se apunta a sensibilizar en materia de los derechos involucrados; (vii) se fortalece el vínculo con la población de todo el país respecto de las sus demandas en lo que refiere a dudas o reclamos sobre el alcance de sus derechos, entre otras acciones.

⁵ Boletín Oficial: 23/07/2013

⁶ Boletín Oficial: 08/10/2014 y 19/12/2014, respectivamente.

camino en lo que refiere al necesario afianzamiento de dichos derechos en aras de promover la debida equidad a través del dictado de un marco regulatorio, el cual se encuentra en constante movimiento ante el devenir que va demostrando en el día a día la aplicación de tal andamiaje normativo y los desafíos que nos proponen todos los actores involucrados.

Ello así, a continuación se expondrá brevemente, por un lado, (i) la normativa que fue dictada hasta el momento de esta publicación y el sendero transcurrido a tal efecto; y por el otro, (ii) la normativa que desde la perspectiva de esta autora correspondería ser dictada por parte tanto del Ministerio de Salud de la Nación, como del Poder Legislativo Nacional.

2. Marco regulatorio del Ministerio de Salud de la Nación.

2.1. Como se exponía de forma precedente, a partir del dictado de las normas base antes citadas (Ley 26.862, Decreto Reglamentario 956/13 y Código Civil y Comercial de la Nación), la operatividad de los derechos allí reconocidos comienza a devenir en su consolidación a través del dictado de una serie de medidas de la cartera sanitaria nacional, lo que resultó en la norma fundadora o matriz de dichas medidas: la Resolución 2190-E/2016⁷, que ha creado el Programa Nacional de Reproducción Medicamente Asistida (en adelante, PNRMA, y posteriormente denominado Coordinación de Reproducción Medicamente Asistida —CRMA—) con la finalidad de garantizar de modo efectivo el cumplimiento

⁷ Boletín Oficial: 13/12/2016

de los deberes asignados al Estado Nacional por parte de la Ley 26.862 (cuya autoridad sanitaria debe hacer cumplir). Así se creó un área autónoma, específica y especializada bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación: se individualizó el necesario interlocutor de las inquietudes y necesidades de todos los actores involucrados y el brazo propulsor y ejecutor de las acciones en reproducción asistida a nivel federal.

Puede observarse, a través del acto de creación de dicha área (la Resolución 2190-E/2016), que se han ubicado bajo su competencia tanto los deberes asignados al Estado Nacional por parte de la Ley 26.862, como aquel que surge de modo implícito a través del Código Civil y Comercial de la Nación a partir de su art. 561: otorgar un servicio a la población vinculado a la postre con la obtención de la partida de nacimiento de las personas nacidas por reproducción asistida (el caso de este último deber se desarrollará más adelante).

De este modo, a través de la asignación de tales deberes, el Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida propició el dictado de una serie de normas y la implementación de diversas acciones.

2.2. Respecto del dictado de normas, es de destacar que, previo a la creación del Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida, ya el Ministerio de Salud había dictado dos normas muy importantes, a saber: la Resolución 1709/14 de la Superintendencia de Servicios de Salud (modificada por la Resolución 973/15 del mismo organismo)⁸, cuya finalidad consistía en dotar de sustentabilidad el financiamiento de las prestaciones de

⁸Boletín Oficial: 12/12/2014 y 09/10/2015, respectivamente

alto costo en materia de reproducción asistida, incluyendo en el Sistema Único de Reintegro de las Obras Sociales (SUS) a los tratamientos a través de Técnicas de Alta Complejidad (en adelante, TRHA/AC).

Asimismo, en forma previa a la creación del PNRMA, el Ministerio de Salud dictó la Resolución 1305/2015⁹ (en este caso, en ejercicio de su competencia territorial acotada al ámbito de CABA, para el supuesto contralor de los establecimientos de reproducción médicamente asistida), a través de la cual se dictaron las normas de habilitación y fiscalización de los establecimientos de reproducción médicamente asistida y bancos de gametos ubicados en CABA. Es de destacar que, si bien esta potestad de contralor corresponde a la competencia exclusiva y excluyente de cada Jurisdicción Provincial (y en el caso de CABA, a través del Ministerio de Salud de La Nación), por aplicación de la Resolución 1070/09 (adoptada en el marco del Consejo Federal de Salud), de acuerdo al Decreto Reglamentario 956/13, todo establecimiento de reproducción asistida de baja complejidad o baja y alta complejidad (cuente o no con bancos de gametos) y todo banco de gametos de la República Argentina deben encontrarse incluidos en el Registro Federal de Establecimientos Sanitarios (REFes), de acuerdo a lo previsto por el art. 4 el Decreto 956/13 (reglamentario de la Ley 26.862).

Ello es, dicho Registro Federal incluye todo establecimiento de reproducción asistida de baja complejidad o baja y alta complejidad (cuente o no con

⁹ Boletín Oficial: 31/08/2015

bancos de gametos) y todo banco de gametos que haya sido previamente habilitado por cada provincia.

2.3.1. Regresando a las normas dictadas por la autoridad de aplicación con posterioridad a la creación de la —luego denominada— Coordinación de Reproducción Médicamente Asistida, se creó a través de la Resolución 679-E-2017¹⁰ el Consejo Asesor Científico Ad-Hoc del área, a fin de contar con un espacio de diálogo y cooperación entre aquella y las asociaciones científicas especializadas en la materia para el análisis y debate de temas que competen al área, con el objeto de garantizar el trabajo conjunto de los sectores y actores comprometidos con la temática de reproducción médicamente asistida y el ejercicio de los derechos asignados a la población. Su función primordial ha sido la de establecer un espacio permanente de intercambio, trabajo e información calificada en materia de reproducción humana asistida a través de la participación de tales asociaciones. Dicho Comité quedó conformado a través de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, la Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva, la *International Federation of Fertility Societies* y la Asociación Argentina de Centros de Reproducción Asistida.

Es de destacar que el Comité resulta un órgano externo consultivo que ha colaborado activamente con el Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida en lo que refiere a su asesoramiento previo para la toma de importantes decisiones que se han traducido

¹⁰ Boletín Oficial: 08/06/2017

justamente en parte del marco normativo que constituye el objeto del presente capítulo.

2.3.2. Continuando con el marco regulatorio dictado por el Ministerio de Salud, se destaca que parte de este presenta como objetivo otorgar seguridad jurídica para los actores involucrados (precedentemente mencionados).

Se resalta que todo marco normativo de por sí vendría a cumplir con esta función de coadyuvar con la seguridad jurídica y la importancia que reviste en el sentido de evitar que a los actores titulares y obligados por los derechos, deberes y obligaciones, a los cuales la norma está destinada, se les presente un suficiente grado de duda o incertidumbre respecto de cuáles son sus derechos, deberes y obligaciones frente a los otros actores de la relación jurídica que los une, ya sea contractual o extracontractualmente (sin mediar contrato entre ellos); o que a pesar de conocer cuáles son estos derechos, deberes y obligaciones, desconozcan, sin embargo, su alcance con un grado razonable de certeza (lo cual en muchos casos deviene en un casi absoluto desconocimiento de estos, lo que atenta contra la necesaria armonía que debe imperar en toda relación jurídica y genera conflictos que incluso llegan al ámbito judicial).

Ello así, en lo que resulta objeto del presente, y con la salvedad efectuada respecto de que toda norma vendría a coadyuvar a la seguridad jurídica, se puede resaltar en particular la resolución que vino a clarificar el alcance del concepto de TRHA/AC: Resolución 1-E-2017¹¹,

¹¹ Boletín Oficial: 04/01/2017

básicamente en lo que refiere a las etapas que lo componen, ya sea con óvulos propios o donados y cuándo se considera que se ha llevado a cabo un TRHA/AC a efectos de lo previsto por el art. 8, párrafos 3.º y 4.º del Anexo al Decreto Reglamentario 956/13¹².

En este objetivo fundamental de generar y afianzar seguridad jurídica, también podemos ubicar a la resolución a través de la cual se decidió clarificar hasta qué edad correspondía la realización de un TRHA con óvulos donados o con óvulos propios, tomando, en este caso, toda la evidencia científica nacional e internacional¹³ existente a la fecha de su dictado (Resolución 1044-E/2018),¹⁴

¹² Allí se establece que: “En los términos que marca la Ley N.º 26.862, una persona podrá acceder a un máximo de CUATRO (4) tratamientos anuales con técnicas de reproducción médicamente asistida de baja complejidad, y hasta TRES (3) tratamientos de reproducción médicamente asistida con técnicas de alta complejidad, con intervalos mínimos de TRES (3) meses entre cada uno de ellos. Se deberá comenzar con técnicas de baja complejidad como requisito previo al uso de las técnicas de mayor complejidad. A efectos de realizar las técnicas de mayor complejidad, deberán cumplirse como mínimo TRES (3) intentos previos con técnicas de baja complejidad, salvo que causas médicas debidamente documentadas justifiquen la utilización directa de técnicas de mayor complejidad”.

¹³ A efectos de la elaboración de esta resolución, se relevó el estado de evolución en la materia a nivel nacional e internacional a través del análisis de estadísticas, estudios sobre el tema e informes de las Sociedades Científicas Nacional (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva) e Internacionales (*Society for Assisted Reproduction Technology*, Red Latinoamericana de Reproducción Asistida), Registros Nacional e Internacionales (Registro Argentino de Fertilización Asistida y Registro de la *Society for Assisted Reproduction Technology* –SART-) y Organismos de Gobierno (*Agence de la Biomédecine, Ministère des Affaires Sociales et de La Santé*, Francia).

Asimismo, del mismo modo que con la Resolución 1-E/2017 sobre TRHA de alta complejidad, cobertura de medicamentos y otras, se expidió el Comité Asesor Científico Ad-Hoc, el Defensor del Pueblo de la Nación y otras áreas del Estado Nacional.

¹⁴ Boletín Oficial: 05/06/2018

como también clarificar que la medicación aplicada a las TRHA debe ser cubierta integralmente (es decir, al 100%) por parte de los agentes de salud (ello es, aquellos obligados al pago de las prestaciones en los términos del art. 8 de la Ley 26.862).¹⁵

Asimismo, resulta importante resaltar que las tres normas antes citadas (las Resoluciones 1-E/2017, 1044-E/2018 y 1045-E/2018) vienen a formar parte del cumplimiento de uno los deberes del Estado Nacional, el cual consiste en arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho al acceso igualitario de todos los beneficiarios a las prácticas normadas, impuesto como una de sus funciones a través de la Ley 26.862 y de su Ministerio de Salud (conforme su carácter de autoridad de aplicación de la Ley 26.862), por medio de su Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida (de acuerdo a los deberes que le ha asignado la Resolución 2190-E/2016).

¹⁵ La causa y motivación de esta resolución deviene en la aplicación directa de la Ley 26.862, en tanto, más allá de la integralidad en la cobertura prevista, muchos obligados al pago de las prestaciones, aplicando la Resolución 310/2004 de la Superintendencia de Servicios de Salud (solo actualizada con posterioridad en materia de cobertura de medicamentos, pero no posteriormente a la sanción de la Ley 26.862 o 26.743 de Identidad de Género), pretendían numerosas veces otorgar una cobertura no mayor al cuarenta por ciento del precio de los medicamentos para los TRHA, lo cual derivaba en una alta tasa de reclamos ante la Superintendencia de Servicios de Salud y una alta tasa de litigiosidad en lo referente al Poder Judicial.

Es de resaltar que, nuevamente, la finalidad de la norma resultó otorgar seguridad jurídica y afianzar equidad (toda vez que a nivel del subsector público de salud los medicamentos se encontraban cubiertos integralmente), y que esta norma resultó el modelo de otras dos resoluciones posteriormente dictadas en materia de hormonización a través de medicamentos para la adecuación corporal a la identidad de género autopercebida (conforme a la Ley 26.743) y en materia de procreación responsable (conforme a la Ley 25.673).

2.3.3. Asimismo, el Ministerio de Salud dictó la Resolución 1831-E/2017¹⁶, en carácter de co-garante de la salud de la población de todo el territorio nacional (en tanto cada jurisdicción local o provincial posee un responsabilidad análoga respecto de sus habitantes), y en cumplimiento de dos deberes fundamentales en aras de afianzar la equidad, a saber: (a) arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho al acceso igualitario de todos los beneficiarios a las prácticas normadas por la Ley 26.862 y (b) coordinar con las autoridades sanitarias de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la creación de servicios de reproducción médicamente asistida de distintas complejidades, según necesidades y existencia previa de los mencionados servicios en

¹⁶ Boletín Oficial: 13/10/2017. A través de esta resolución, se determinó que la Red de Establecimientos Públicos de Reproducción Médicamente Asistida, se podrá conformar inicialmente: (a) para Tratamientos de Reproducción Humana Asistida de Baja Complejidad, por UN (1) establecimiento público provincial como mínimo por cada jurisdicción provincial y UNO (1) como mínimo por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que adhieran a dicha Red, mediante la suscripción al Convenio cuyo texto se aprobó a través de sendas medidas como Anexo I; y (b) para Tratamientos de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad, por el Instituto Universitario de Medicina Reproductiva dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, el Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes de la provincia de Tucumán, y el Instituto Universitario de Fertilidad y Reproducción Humana dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

A la fecha de elaboración del presente, los establecimientos públicos de alta complejidad en TRHA son todos los antes citados, a excepción del Instituto Universitario de Fertilidad y Reproducción Humana dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. A su vez, se ha agregado la provincia de San Juan en prestación de alta complejidad a nivel del subsector público de salud.

establecimientos sanitarios públicos de cada jurisdicción o a nivel regional.

2.3.4. Finalmente, en lo que refiere al deber de proveer el servicio de certificación y registro tendiente a tornar operativos los derechos reconocidos por el Código Civil y Comercial de la Nación, sus concordantes y sus modificatorias, a las personas nacidas por técnicas de reproducción humana asistida, cabe recordar que en atención a lo prescripto por el art. 561 de dicho cuerpo normativo, el consentimiento previo, libre e informado otorgado en oportunidad de llevarse a cabo un tratamiento de reproducción asistida (cabe recordar que el consentimiento informado es un derecho del paciente y un deber del/la médico/a interviniente en ocasión de darle asistencia, en los términos ya prescritos por la ley 26.529 —Ley de Derechos del Paciente—), e instrumentado de acuerdo a los requisitos previstos por las disposiciones especiales, corresponderá ser protocolizado ante escribano público y certificado ante la autoridad sanitaria competente a la jurisdicción.

Ese consentimiento informado provoca, así instrumentado y debidamente protocolizado o certificado ante la autoridad competente, la determinación de la filiación dada la voluntad procreacional manifestada en el mismo. Cuando en el proceso reproductivo se utilicen gametos de terceros, no se genera vínculo jurídico alguno respecto de dichos terceros, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales en los mismos términos que la adopción plena (art. 575).

Cabe resaltar que el artículo 575 establece que la determinación de la filiación se derivará del

consentimiento previo, informado y libre, prestado de conformidad con el Código Civil y Comercial de la Nación y norma especial, y en atención a la vital trascendencia que reviste para aquellas personas nacidas mediante técnicas de reproducción humana asistida, llevadas a cabo en un todo de conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 26.862 y su Decreto Reglamentario N° 956/13 la determinación de su filiación a efectos de la inscripción de su nacimiento ante el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas, en función de evitar la desnaturalización de la voluntad del Codificador, que ha sido equiparar en igualdad de efectos a tales técnicas como fuente de filiación respecto de la filiación por naturaleza o por adopción. Ello así, a través de esta resolución, por un lado: se aprobaron los textos de los consentimientos informados para tratamientos con Técnicas de Reproducción Humana Asistida (Anexos I.1 a I.6), se aprobaron los textos de los consentimientos informados de procedimientos médicos que resultan parte componente de los tratamientos con Técnicas de Reproducción Humana Asistida (Anexos II.1 a II.6), tanto para proyectos monoparentales como biparentales, con gametos propios o donados, y se permitió a los establecimientos de reproducción asistida y bancos de gametos la utilización de otro texto de consentimiento informado correspondiente a algún otro procedimiento médico no contemplado a través de dicha resolución.

Por el otro, se aprobó el procedimiento de certificación de los consentimientos informados prestados por toda persona que se someta a tratamientos de alta o baja complejidad con técnicas de reproducción humana asistida en establecimientos sujetos a habilitación y contralor del Ministerio de Salud (es decir, aquellos

consentimientos informados brindados en un establecimiento de reproducción asistida de Ciudad Autónoma de Buenos Aires), como así también la certificación de consentimientos informados que si bien otorgados en el marco de tratamientos realizados en establecimientos de reproducción asistida ubicados “fuera” de la Ciudad de Buenos Aires, de dichos tratamientos se derivaran el nacimiento de una o más personas en una maternidad ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la correspondiente inscripción de dicha/s persona/s en el ámbito de CABA.

El/la coordinador/a general es quien posee la facultad de certificar dichos consentimientos informados¹⁷.

¹⁷ Respecto de las facultades otorgadas al/la Coordinador/a General a través de la Resolución N° 2190-E/2016 como autoridad certificante de los consentimientos informados otorgados en el marco de una TRHA y con el alcance fijado, subsecuentemente, a través de la Resolución N° 616-E/2017, cabe tener en consideración que su competencia quedó fijada del modo descripto a la pregunta en atención al modo en que se encuentra redactado el art. 561 del Código Civil y Comercial de la Nación (“para su posterior protocolización ante escribano público a certificación ante la autoridad sanitaria correspondiente a la jurisdicción”)

Oportunamente, se convocó a la totalidad del país a una serie de encuentros a través de los cuales se sensibilizó a los referentes provinciales en reproducción asistida respecto de la importancia de informar a sus autoridades sanitarias locales sobre la obligación que le cabe a cada jurisdicción de dictar una norma que cree un servicio de certificación de consentimientos informados, a efectos de que las personas titulares de proyectos parentales a través de reproducción humana asistida pudieran contar con dicho servicio, en tanto así está establecido en el Código Civil y Comercial de la Nación.

Las provincias que optaron por participar en tales encuentros fueron: Catamarca, Córdoba, Chaco, Entre Ríos, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Fe y Tucumán, sin poder lograrlo Tierra del Fuego (por inconvenientes técnicos). De dichas provincias, al día de la fecha, las provincias de Santa Fe, Entre Ríos, Salta y Tierra del Fuego han dictado la normativa correspondiente y se

3. Hacia el fortalecimiento de derechos sobre la base de los hechos

3.1. Como se ha visto previamente, a partir de la ley 26.862 se fueron dictando diversas medidas con los principales objetivos de afianzar la equidad y otorgar seguridad jurídica a los actores involucrados, en cumplimiento de los deberes asignados al Estado Nacional por parte de dicha ley (sin perjuicio de la responsabilidad de los Estados Provinciales, que se ha señalado). Como ya se ha señalado, y teniendo en cuenta la evolución de los derechos en compañía de los ejercidos en tanto su reconocimiento, seguidamente se propondrá el dictado de determinadas medidas en aras del fortalecimiento de dichos derechos, con la finalidad de hacer cesar un estado de incertidumbre respecto de cuestiones que aún constituyen un vacío legal, lo cual atenta contra la seguridad jurídica; ello es, el adecuado conocimiento y

encuentran brindando el servicio correspondiente. Neuquén y Jujuy se hallan, entre otras, en dicho proceso, y prontamente Santa Cruz.

Asimismo, la Coordinación de Reproducción Médicamente Asistida participó, a través de esta autora, del XX Encuentro del Consejo Federal de Registros del Estado Civil y Capacidad de las Personas de la República Argentina del cual participan todas las Direcciones Generales del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas de cada provincia, a efectos de que los directores de cada Dirección General pudieran tomar conocimiento de la importancia de la cuestión en lo que respecta a lo sanitario para ser receptada también en cada registro, dada la trascendencia institucional que presenta, y el deber para cada Estado Provincial que ello implica, por cuanto se encuentra involucrado el derecho a la identidad de las personas nacidas por TRHA.

De igual modo, a través de la participación en dicho Consejo, se expuso conjuntamente con la Dirección General del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y con la Dirección General del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas de la Ciudad Autónoma de la Provincia de Santa Fe, la experiencia que tanto esta Coordinación con aquella Dirección de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

alcance de los derechos y deberes de las partes en juego (por parte del Poder Ejecutivo Nacional o del Poder Legislativo Nacional, de acuerdo al caso, como se advertirá).

Se recuerda que la propuesta de normativa a ser dictada, es dada a la fecha de elaboración del presente, y responde al criterio subjetivo de esta autora.

3.2.1. La importancia del resguardo de la información respecto de personas nacidas por TRHA, tanto para ellas como para aquellas personas titulares de proyectos parentales, y en particular si han sido concebidas a través de gametos donados —ya sea (i) ovocitos, (ii) espermatozoides, u (iii) ovocitos y espermatozoides—, en relación con cuál ha sido el TRHA que ha derivado en la concepción radica en que tanto unos como otros necesitarán contar con dicha información a efectos del ejercicio de dos derechos para las personas concebidas por TRHA (a ejercerse por derecho propio, o por un tercero como su/s progenitor/a/es, tutor/es, curador/es etc.) y que han sido incorporados por el art. 564 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (en adelante CCN), a saber: a) obtener del centro de salud interviniente los datos médicos de la/s persona/s donante, a su sola solicitud; y b) obtenerse la identidad de la/s persona/s donante/s acreditando razones debidamente fundadas mediante decisorio firme y ejecutoriado que así lo disponga por Juez/a competente, previa solicitud de ello a dicho/a Juez/a .¹⁸

¹⁸ El art. 564: CCN dispone que: “Contenido de la información. A petición de las personas nacidas a través de las técnicas de reproducción humana asistida, puede: a) obtenerse del centro de salud interviniente información relativa a datos médicos del donante,

Ello así, la trascendencia del resguardo de tal información ha sido receptada oportunamente por la Resolución 1305/15, en tanto la vigencia del nuevo CCN, al ordenar que todo banco de gametos, habilitado y fiscalizado bajo el Ministerio de Salud de la Nación, “deberá contar con registros duplicados de sus donantes, destino de las muestras, receptores y resultados, los cuales deberán ser guardados en dos lugares por separado, bajo la responsabilidad del Director/a Médico” (para donación de espermatozoides: punto III.1.4.) y, además, que “deberá contar con registros duplicados de sus donantes, destino de los ovocitos, receptoras y resultados, los cuales deberán ser guardados en dos lugares por separado, bajo la responsabilidad del Director/a Médico” (para donación de ovocitos: punto III.2.5.).

Sin embargo, es de advertencia por parte de los diversos actores en juego que dado el avance del marco normativo tuitivo en materia de derechos de los niños, deviene en fundamental establecer un marco regulatorio sólido que otorgue suficiente seguridad jurídica a los actores involucrados en un tratamiento que involucre la donación de gametos y/o embriones (los y las donantes, las personas receptoras de dichos gametos, aquellos/as que constituyen parte del proyecto parental y los niños y niñas nacidos/as con motivo de dichos tratamientos). Es importante destacar la relevancia de la creación de un registro de donantes de gametos a efectos de que la información no solo quede en resguardo y bajo la responsabilidad de los establecimientos de reproducción

cuando es relevante para la salud; b) revelarse la identidad del donante, por razones debidamente fundadas, evaluadas por la autoridad judicial por el procedimiento más breve que prevea la ley local”.

asistida, sino que asimismo pueda hallarse bajo la tutela del Estado, en su carácter de garante efectivo de derechos reconocidos por el CCN (que resulta una norma federal conforme lo previsto por el art. 75, inc. 12: CN), y tutelando efectivamente los derechos emanados por los arts. 7 y 8 de la Convención de los Derechos del Niño (de rango constitucional de acuerdo al art. 75, inc. 22: CN)¹⁹, entre otras garantías de pactos internacionales- y el art. 11 de la Ley N.º 26.061²⁰

¹⁹ El art. 7 de la Convención de los Derechos del Niño prescribe que: “1. El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos. 2. Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.” Por su parte, el art. 8 del mismo tratado internacional establece que: “1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas. (...)”.

²⁰ El art. 11 de la Ley 26.061 preceptúa respecto del derecho a la identidad que: “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a un nombre, a una nacionalidad, a su lengua de origen, al conocimiento de quiénes son sus padres, a la preservación de sus relaciones familiares de conformidad con la ley, a la cultura de su lugar de origen y a preservar su identidad e idiosincrasia, salvo la excepción prevista en los artículos 327 y 328 del Código Civil. Los Organismos del Estado deben facilitar y colaborar en la búsqueda, localización u obtención de información, de los padres u otros familiares de las niñas, niños y adolescentes facilitándoles el encuentro o reencuentro familiar. Tienen derecho a conocer a sus padres biológicos, y a crecer y desarrollarse en su familia de origen, a mantener en forma regular y permanente el vínculo personal y directo con sus padres, aún cuando éstos estuvieran separados o divorciados, o pesara sobre cualquiera de ellos denuncia penal o sentencia, salvo que dicho vínculo amenazare o violare alguno de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que consagra la ley. (...)”.

Cabe recordar que a través del artículo 1.º de la ley N.º 26.994, se aprobó como Anexo I de dicha ley, el Código Civil y Comercial de la

Este registro estaría bajo la órbita del Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida (como brazo ejecutor en la materia), y debería tornarse de uso obligatorio en los establecimientos de reproducción asistida que cuenten o no con bancos de gametos y/o embriones, y para los bancos de gametos bajo la órbita de contralor del Ministerio de Salud de la Nación, lo que permitiría que todo otro establecimiento que no se halle bajo su órbita de fiscalización pueda también utilizarlo (ello es, con carácter facultativo), y ello sin perjuicio de las acciones que se encaminen para que se logre un único registro a nivel federal (como resulta el ReFes).

Va de suyo que toda información incluida en dicho registro debería estar sujeta a la protección de los datos personales que prevé el art. 18 de la Ley N.º 26.529²¹ y el

Nación, el cual establece en su artículo 558 —bajo el Título V de su Libro Segundo, correspondientes a Filiación y Relaciones de Familia, respectivamente— que la filiación puede tener lugar por naturaleza, mediante técnicas de reproducción humana asistida, o por adopción, surtiendo todas estas fuentes de filiación los mismos efectos. Asimismo, que si bien el art. 559 del Código Civil y Comercial de la Nación establece que el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas solo debe expedir certificados de nacimiento que sean redactados en forma tal que de ellos no resulte si la persona ha nacido o no durante el matrimonio, por técnicas de reproducción humana asistida, o ha sido adoptada; el art. 563 del mismo cuerpo legal establece que la información relativa a que la persona ha nacido por el uso de técnicas de reproducción humana asistida con gametos de un tercero debe constar en el correspondiente legajo base para la inscripción del nacimiento.

²¹ El art. 18 de la Ley de Derechos del Paciente establece respecto de la inviolabilidad de la historia clínica y los deberes de sus depositarios que: “La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquella, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las

Decreto N.º 1089/12, pudiendo accederse a ella únicamente en los supuestos del art. 563: CCN antes citado.

Asimismo, concomitantemente con la creación de dicho registro, podrían fijarse cuáles son los requisitos para constituirse en donante de ovocitos o en donante de espermatozoides, siendo que si bien los establecimientos de reproducción humana asistida o los bancos de gametos solicitan generalmente el cumplimiento de los mismos requisitos, siempre resulta de importancia que sea el Ministerio de Salud, en su carácter de autoridad de rectoría, el que fije los requisitos que indefectiblemente deberán cumplirse. Esto les otorgaría, como antes se ha visto, suficiente seguridad jurídica a los actores involucrados.

A su vez, en la misma norma podrían aprobarse los protocolos tanto médico-genético, como de asesoramiento y evaluación psicológica para los potenciales donantes de gametos, lo que establecería, nuevamente, una norma que regulase estos protocolos y unificaría criterios a los fines antes mencionados.

3.2.2. Por otro lado, se citarán brevemente una serie de normas que podrían ser dictadas en aras de afianzar equidad, dotar de sustentabilidad al sistema prestacional y otorgar seguridad jurídica a los actores intervinientes, a saber: (a) registro de TRHA, a efectos de unificar la información para cada caso en particular, en aplicación de lo previsto por el Decreto 956/13 y las

disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes. (...)".

Resoluciones 1-E/2017 y 1044-E/2018; (b) modificación de la Resolución 616-E/2017, a fin de simplificar determinados requisitos que bien pueden serlo, incorporar necesarias manifestaciones de voluntad para supuesto de fallecimiento de una persona cotitular de un proyecto parental, y dotar de plena validez retroactiva el procedimiento de certificación, además de la efectiva certificación de los consentimientos informados que se lleva a cabo a través del procedimiento diseñado e implementado con motivo del Decreto 297/20 (concordantes y modificatorias), a través del cual se dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio con motivo de la declaración de la Pandemia COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud y cualquier otra decisión que necesite ser adoptada con referencia a la cuestión con motivo de dicha Pandemia; (c) regulación sobre importación y exportación de gametos y embriones, por cuanto no se cuenta con una norma específica sobre la cuestión (no obstante, se aplica supletoriamente la normativa vinculada a importación y exportación de material biológico, el cual resulta el género donde se incluyen a gametos y embriones); (d) modificación del Decreto Reglamentario 956/13, dada la necesidad de adaptación o clarificación de determinadas cuestiones a siete años de su vigencia; (e) implementación de las directrices para establecimientos de reproducción asistida y bancos de gametos, a fin de unificar requisitos a nivel federal respecto de aquellos fijados para su habilitación a nivel local (CABA).

Corresponde aclarar que no se ha ampliado el desarrollo a su respecto, en tanto excedería el objeto de este capítulo.

3.3. En este último punto del presente, abordaremos dos normas que devienen no solo en fundamentales, sino que además una de ellas resulta imperativa para el Poder Legislativo Nacional desde el punto de vista de la responsabilidad del Estado, en este caso en cabeza de su rama parlamentaria; y en el caso de la otra, resulta la misma imperativa desde la mirada de una realidad que requiere encontrar su cauce ordenado en una norma que modifique aquellas que se oponen a dicha realidad, con los consecuentes perjuicios para la ciudadanía.

Estamos entonces hablando, por un lado, del caso del régimen jurídico del embrión, y por el otro, de los casos de gestación subrogada o gestación solidaria.

3.3.1. En el caso del régimen jurídico del embrión, tenemos un deber impuesto por el cuerpo parlamentario nacional y federal; en este caso, por regular cuestiones de naturaleza civil (conforme art. 75, inc. 12: CCN) al mismo cuerpo parlamentario nacional, en oportunidad de que se sancionara la Ley 26.994, aprobatoria del CCN y vigente desde el 01/08/2015 (de acuerdo a la Ley 27.077).

Ello por cuanto en dicha ley se estableció, en la Cláusula Transitoria 2.º del art. 9 de dicha ley, que “la protección del embrión no implantado será objeto de una ley especial”.

A la fecha, han sido presentados diversos proyectos de ley sobre el particular, resumiéndose seguidamente los puntos que vienen a abordar algunos de ellos frente a la falta de regulación en la materia. Esta falta

de regulación ha venido generando una serie de problemáticas en cuanto a los embriones no implantados, que no presentarán resolución efectiva alguna más que a través del dictado de una ley que logre dar respuesta a las cuestiones que en el plano fáctico se presentan y que derivan en tales problemáticas.

Estas se refieren a: (a) determinar la viabilidad de los embriones; (b) los posibles destinos de los embriones que no son implantados y no son donados para ser implantados (se recuerda que la donación de embriones para fines procreacionales está expresamente prevista en la cobertura planteada por la ley 26.862) por vencimiento del plazo máximo de criopreservación en caso de desistirse de la implantación o de su donación, o por falta de acuerdo en caso de separación de hecho, divorcio o muerte de alguna de las personas titulares del proyecto parental; (c) el plazo máximo de criopreservación de los embriones y el eventual plazo de prórroga en determinados casos taxativamente enumerados; (d) el/lo/s responsable/s del pago de los costos de la criopreservación transcurrido determinado plazo máximo (esta cuestión podría ser objeto de materia regulatoria previa); y (e) las prohibiciones vinculadas respecto de manipulación genética y destino de los embriones.

Entonces, excluyéndose otras cuestiones abordadas en los proyectos de ley analizados relativas a la donación de gametos, o cuestiones que no atañen de modo estricto al régimen jurídico relativo al embrión no implantado (en tanto si bien están relacionadas con el tema, no resultan objeto de la ley especial que manda a dictar la cláusula transitoria 2.º del art. 9 de la Ley 26.994.), los diversos proyectos que se han venido presentando abordarían

esencialmente los siguientes puntos dentro del marco regulatorio del régimen jurídico del embrión:

- (i) Titularidad de los embriones: se establece qué persona/s será/n titular/es de los derechos sobre los embriones de que se trate ²²;
- (ii) Lugar de criopreservación de los embriones: únicamente en establecimientos habilitados²³;
- (iii) Casos para criopreservación: además del supuesto de posible compromiso de capacidad reproductiva por tratamientos médicos (reconocida bajo cobertura por la Ley 26.862), incluye postergación de la maternidad (sin parámetros a su respecto)²⁴;
- (iv) Límites de la criopreservación: se postula el

²² Proyecto de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1541-D-19. Si bien en proyectos previos se torna implícita en cabeza de quién se colocaría la titularidad de los derechos sobre los embriones, a partir del citado proyecto, se regula de modo deseable la cuestión atinente a esta titularidad en tanto se hace expresamente (“La titularidad de los embriones corresponde a quienes han prestado el correspondiente consentimiento informado para su conformación, excepto contrato de donación”).

Esta, sin embargo, podría ser objeto de ampliación respecto de cuáles son los derechos que abarca dicha titularidad —desde el nacimiento de dicho derecho hasta su cese—; no obstante eso, podría surgir de modo tácito del resto del articulado, máxime en el desarrollo del capítulo relativo a donación de embriones (que ha resultado una importante inclusión en este proyecto, más allá de que el rechazo de la donación por parte de los establecimientos por razones fundadas resultaría de demasiada amplitud y ergo, de una facultad demasiado amplia otorgada a un privado).

²³ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1107-D-13, 0146-D-14, 0365-D-13, 0581-D-14, 4058-D-14, 4221-D-14. Sería deseable incluir en los proyectos de ley que no hayan perdido estado parlamentario el concepto de concepción como la implantación del óvulo fecundado en las paredes del útero.

²⁴ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1107-D-13, 0146-D-14, 0365-D-13, 0581-D-14, 4058-D-14, 4221-D-14

límite de lo necesario de acuerdo a criterio médico²⁵;

(v) Plazo máximo de criopreservación: diez años, con posibilidad de prórroga de cinco años más (prórroga en caso de expresa manifestación de voluntad)²⁶. La suscripta entiende que un plazo de cinco años de criopreservación (con prórroga fundada en supuestos excepcionales por determinar) tutela suficientemente los derechos reconocidos. Asimismo, el plazo de criopreservación cuando su causa se base en estar llevando adelante un tratamiento médico en una persona que puede ver comprometida su capacidad reproductiva en el futuro, claramente deberá extenderse si es necesario. Asimismo, cabrá tener en consideración lo previsto por la Resolución 1044-E/2018;

(v. 1) Destino de los embriones luego de vencido el plazo de criopreservación o previa declaración expresa de voluntad: donación para fines reproductivos, disposición final, uso para investigación²⁷ y donación para uso reproductivo

²⁵ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1107-D-13, 0146-D-14, 0365-D-13, 0581-D-14, 4058-D-14, 4221-D-14, 1541-D-19. En lo que refiere al proyecto 1541-D-19, este corrige una imprecisión de algunos anteriormente citados y aquí relevados (luego consolidados en un único proyecto que finalmente, a la postre, perdió estado parlamentario), en tanto, a través de dicho proyecto consolidado, se establecía que las provincias estaban facultadas para adherir a la ley, cuando tanto lo que refiere al régimen jurídico del embrión como maternidad subrogada resultan materia civil y por ende delegada por las Provincias al Poder Legislativo Nacional (resultando tal materia de carácter federal).

²⁶ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1107-D-13, 0146-D-14, 0365-D-13, 0581-D-14, 4058-D-14, 4221-D-14, 1541-D-19.

²⁷ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1107-D-13, 0146-D-14, 0365-D-13, 0581-D-14, 4058-D-14, 4221-D-14, 1541-D-19.

En el caso del proyecto 1541-D-2019, este se encarga de ampliar lo que refiere a los fines investigativos, de modo tal de garantizar la finalidad y seguridad (“La aplicación de cualquier técnica experimental debe requerir la correspondiente autorización de la Autoridad de Aplicación, previa presentación de dos (2) informes favorables de organismos públicos especializados que integren el sistema científico nacional y/o el sistema universitario nacional. En estos supuestos, en lo que corresponda, rige lo dispuesto en el artículo 58 del Código Civil y Comercial y normativa complementaria.”). En el caso de ser sancionada la ley producto de este proyecto, correspondería que el Ministerio de Salud, en su carácter de autoridad de aplicación, determine de qué organismos públicos se tratará.

Asimismo, se incorporan dos artículos fundamentales en la cuestión, relativos al destino de investigación, que establecen entre otras cuestiones que: “La investigación con embriones es posible si: a) la investigación importa un beneficio para el desarrollo científico debido a los beneficios terapéuticos que se pueden derivar para la humanidad; b) no existe una alternativa de eficacia comparable; y c) se desarrolla en el marco de proyectos de investigación relacionados con la aplicación, avance y perfeccionamiento de las técnicas de reproducción humana médicamente asistida desarrollados por establecimientos sanitarios especializados autorizados o centros de investigación de reconocida trayectoria, debiéndose describir de manera precisa los objetivos y método a aplicarse en un protocolo de investigación”; asimismo, deberá contar con aprobación del Ministerio de Salud u otro organismo público de bioética, debiendo resguardarse la intimidad de las personas titulares de los embriones que participan en la investigación y la confidencialidad de toda información personal. En el caso del Reino Unido de Gran Bretaña, se establece en su ley sobre Reproducción y Embriología Humana de 1990 (con las modificaciones prevista en su modificatoria del 2008) - *Human Fertilisation and Embriology Act*, (1990; 2008), que el derecho o la licencia para investigación sobre embriones solo se autorizará en los siguientes casos: (a) llevar a cabo la creación de embriones in vitro, y (b) guardar o usar embriones, con el propósito de un proyecto de investigación especificado en el derecho o la licencia [cabría entrar más in extenso en la cuestión de derecho o licencia lo cual excede el marco del presente]. (2) Una licencia bajo este capítulo no puede autorizar ninguna actividad que no resulte necesaria o deseable para los fines de: (a) promover los avances en el tratamiento de la infertilidad; (b) incrementar el conocimiento sobre causas de enfermedades congénitas; (c) aumentar el conocimiento sobre abortos espontáneos; (d) desarrollar técnicas más efectivas de contracepción; o (e) desarrollar métodos para detectar la presencia de anormalidades genéticas o cromosómicas en los embriones de carácter

preimplantacional, o para otros fines previstos en la regulación a dictarse. (3) Los fines solo podrán ser especificados (...) en el sentido de aumentar el conocimiento acerca de la creación y el desarrollo de embriones, o acerca de enfermedades, o que permitan que dicho conocimiento sea aplicado. (4) Una licencia bajo este punto no puede ser autorizada si altera la estructura genética de alguna célula que forme parte de un embrión, excepto en aquellas circunstancias (si las hubieren) que sean especificadas en las regulaciones pertinentes (...)” (la traducción corresponde a esta autora).

Por su parte, la ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (Boletín Oficial de España, 27/05/2006) establece en su artículo 15 que, respecto de la utilización de preembriones (la legislación española contempla el concepto de preembrión a diferencia del derecho argentino): “1. La investigación o experimentación con preembriones sobrantes procedentes de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida solo se autorizará si se atiene a los siguientes requisitos: a) Que se cuente con el consentimiento escrito de la pareja o, en su caso, de la mujer, previa explicación pormenorizada de los fines que se persiguen con la investigación y sus implicaciones. Dichos consentimientos especificarán en todo caso la renuncia de la pareja o de la mujer, en su caso, a cualquier derecho de naturaleza dispositiva, económica o patrimonial sobre los resultados que pudieran derivarse de manera directa o indirecta de las investigaciones que se lleven a cabo. La información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad. b) Que el preembrión no se haya desarrollado in vitro más allá de 14 días después de la fecundación del ovocito, descontando el tiempo en el que pueda haber estado criopreservado. c) En el caso de los proyectos de investigación relacionados con el desarrollo y aplicación de las técnicas de reproducción asistida, que la investigación se realice en centros autorizados. En todo caso, los proyectos se llevarán a cabo por equipos científicos cualificados, bajo control y seguimiento de las autoridades sanitarias competentes. d) Que se realicen con base en un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida si se trata de proyectos de investigación relacionados con el desarrollo y aplicación de las técnicas de reproducción asistida, o del órgano competente si se trata de otros proyectos de investigación relacionados con la obtención, desarrollo y utilización de líneas celulares de células troncales embrionarias. e) En el caso de la cesión de preembriones a otros centros, en el proyecto mencionado en el párrafo anterior deberán especificarse las relaciones e intereses comunes de cualquier

(supuesto de histocompatibilidad)²⁸;

(v. 2) Destino de los embriones –por divorcio, separación de hecho o nulidad de matrimonio- : remisión al CCN. No se incluye supuesto de fallecimiento de un/a titular del proyecto parental y debería ser incluido²⁹;

(vi.) Prohibiciones respecto de embriones: comercialización de embriones, prácticas de alteración genética transmisible a descendencia, prácticas de experimentación en embriones viables que no cumplan con requisitos fijados por autoridad de aplicación (Ministerio de Salud de la Nación)³⁰;

naturaleza que pudieran existir entre el equipo y centro entre los que se realiza la cesión de preembriones. En estos casos deberán también mantenerse las condiciones establecidas de confidencialidad de los datos de los progenitores y la gratuidad y ausencia de ánimo de lucro (...).”

²⁸ Proyecto de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1541-D-19. En este proyecto, se regula el destino para procreación mediando histocompatibilidad como un supuesto de excepción y previo cumplimiento y acreditación de condiciones y requisitos allí exigidos.

²⁹ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1107-D-13, 0146-D-14, 0365-D-13, 0581-D-14, 4058-D-14, 4221-D-14.

³⁰ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1107-D-13, 0146-D-14, 0365-D-13, 0581-D-14, 4058-D-14, 4221-D-14, 1541-D-19. En el caso del proyecto 1541-D-19, se incluye la prohibición de “la extracción y fecundación post mortem de material genético de conformidad con lo previsto en los arts. 55 y 56 del Código Civil y Comercial”. Cabría diferenciar el supuesto de “extracción” del de “fecundación”, en tanto mediando declaración de voluntad suficientemente equiparable a declaración de última voluntad, no existiría óbice para que fallecida una de las personas titulares del proyecto parental, se permitiera a la persona cotitular superviviente del mismo proyecto parental a que se proceda a la implantación del embrión que fue cultivado mientras la persona cotitular del proyecto parental se encontraba viva. Esta aclaración refiere a posibilitar una transferencia embrionaria postmortem en caso de que tal hubiere sido el supuesto abordado como “fecundación post

(vi) Determinación de viabilidad de los embriones: con posibilidad de transferencia al útero, excluyéndose los que han detenido su desarrollo o presenten alteraciones cromosómicas incompatibles con su posterior desarrollo.

3.3.2. En lo que refiere a la gestación subrogada, gestación solidaria o, como bien podría darla a llamar esta autora, “gestación intercorpórea” o “parentalidad extracorpórea”, se han presentado diversos proyectos de ley.

La razón por la cual podría denominarse a este procedimiento como gestación intercorpórea o parentalidad extracorpórea radica en que las experiencias de quien o quienes han necesitado recurrir a este procedimiento, es decir, la persona o personas titulares del proyecto parental, transitan el proceso de gestación como propio —desde un sinnúmero de puntos de vista—, más allá de que se lleve a cabo a través de una persona que libremente decide colaborar en tal proyecto parental como gestante. Ello por cuanto la persona titular o las personas titulares del proyecto parental comparten las vivencias de la persona gestante desde el momento cero, como si el proceso de gestación se llevara dentro de sus cuerpos, más allá de que se lleve fuera de ellos; y eso podría equivaler a interpretar todo ello como una verdadera gestación, comprendida esta no solo como el mero acto de gestar desde lo corporal (es decir, desde una concepción meramente biologicista), sino desde lo que implica la

mortem”; si refiere a otra cuestión, debiera ser clarificada para evitar malinterpretaciones o limitación de derechos en el sentido antes mencionado. La cuestión merecería un análisis más profundo e interdisciplinario.

gestación en una dimensión omnicomprensiva del proceso tal como transcurre en el ser humano.

Así, toda persona titular del proyecto parental comparte con la persona gestante sus emociones, sus expectativas, sus miedos, sus cuidados (y la persona gestante comparte, incluso, aquellos que surgen de toda persona titular del proyecto parental), y suele acompañarla a los controles ecográficos para vivenciar la totalidad del proceso de la gestación, como también el del parto (de acuerdo al espíritu de la Ley 25.929 de parto humanizado, toda persona titular del proyecto parental en este caso está facultado para presenciar y vivenciar el parto).

Dichos proyectos de ley tienen como objetivo regular el procedimiento que, si bien no está prohibido a través del régimen legal de la República Argentina, encuentra escollos prácticamente insalvables frente a la determinación de la maternidad que surge del CCN a través de su art. 562 (entre otros, lo cual ya excedería la extensión el presente), por cuanto este dispone que: “Los nacidos por las técnicas de reproducción humana asistida son hijos de quien dio a luz y del hombre o de la mujer que también ha prestado su consentimiento previo, informado y libre en los términos de los artículos 560 y 561 (...)”, lo cual ha llevado a una constante judicialización de la cuestión en diversos distritos de todo el país, a efectos de que se logre una orden de judicial de inscripción de las personas nacidas a través de maternidad subrogada en los respectivos Registros del Estado Civil y Capacidad de las Personas correspondientes a la

jurisdicción donde el decisorio por competencia territorial ha recaído³¹.

Del mismo modo que en el caso del régimen jurídico del embrión, se abordarán resumidamente algunos de los proyectos de ley presentados, por cuanto ampliar este último punto a todos ellos o cada cuestión involucrada en el tema, equivaldría a exceder el objeto del presente.

(i) Definición de gestación subrogada, maternidad solidaria, gestación intercorpórea” o “parentalidad extracorpórea”³²;

³¹ Tanto en el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como en el caso de la provincia de Buenos Aires y otras jurisdicciones provinciales ha sucedido ello. En el caso de la jurisdicción primeramente citada, con motivo de una acción de clase instaurada contra esta, la Dirección General del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas dictó la Disposición N.º 93/2017 (13/10/2017), modificada por la Disposición N.º 103/2017, a través de la cual se dispuso: “Autorizar a inscribir, en términos preventivos, los nacimientos de los menores nacidos por Técnicas de Reproducción Humana Asistida de alta complejidad, denominada gestación solidaria, bajo los siguientes presupuestos de otorgamiento a saber: 1) Que se trate de menores nacidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por el método de gestación solidaria realizada en el país; 2) Que la voluntad procreacional de los progenitores haya sido expresada en forma previa, libre e informada.; 3) Que la gestante previa y fehacientemente hubiera expresado no tener voluntad procreacional y 4) Que la inscripción deberá hacerse en términos preventivos, además debiendo los datos de la gestante ser asentados en el legajo (...).

³² Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5700-D-16, 5759-D-16, 3202-D-17, 3765-D-17, 5141-D-17, 630-D-18, 5422-D-19. En el caso del proyecto 5759-D-16, se adiciona un proceso judicial para llevarse a cabo la maternidad subrogada, el cual no se incorpora más que en el proyecto 3765-D-17 (respecto de los analizados) y podría evitarse en atención a la innecesaria asunción de costos (monetarios y de tiempos) —máxime considerando la multiplicidad de requisitos que se imponen a las personas comitentes y persona gestante—, incorporándose en este proyecto la misma regla inclusiva que surge de la ley 26.862, y podría replicarse en otros proyectos de ley, en lo que refiere que no podrán imponerse limitaciones ni restricciones “en relación con la orientación sexual,

(ii) Incorporación de nueva fuente filiatoria en el CCN³³;

identidad de género, sexo o estado civil de la gestante y/o de la/el o las/os comitentes. Cualquier obstaculización, restricción, o exclusión fundada en tales condiciones será considerada discriminatoria”.

Los proyectos analizados la definen primeramente como “un tipo de técnica de reproducción médicamente asistida de alta complejidad” y esta conceptualización deviene en trascendental por cuanto impacta directamente en la Ley 26.862, y produce una inclusión de la maternidad subrogada o solidaria en los supuestos de las técnicas objeto de la cobertura allí prevista. Continúa la definición por parte de este proyecto de ley en el sentido de que existe un “compromiso” que “asume una persona, llamada ‘gestante’, de llevar a cabo la gestación a favor de una persona o personas, denominada/s ‘requirente/s’; sin que se produzca vínculo de filiación alguno con la ‘gestante’, sino únicamente y de pleno derecho con él/la o los/as ‘requirente/s’”. Sobre las personas que son parte de este compromiso y su rol dentro de este, existe unicidad de criterios en los diferentes proyectos de ley en tanto está fuera de discusión cómo se conforma.

En el caso del proyecto 5700-D-16, expresamente incorpora todo gasto en que incurra la gestante como incluido en las prestaciones (incluidos, por ejemplo, ropa, transporte).

El proyecto 3202-D-17 elimina el requisito de certificación del consentimiento informado ante la Autoridad Sanitaria correspondiente a la jurisdicción o su protocolización ante Escribano Público, previo a su presentación ante el Registro Civil correspondiente; lo cual resulta una peligrosa simplificación de la inscripción de las personas nacidas por TRHA, por cuanto ello equivaldrá a que no exista registro alguno respecto de si la persona ha nacido por TRHA y si ha sido concebida con gametos propios o donados; y en el segundo caso, ello equivaldrá a aniquilar la posibilidad de que esta persona pueda ejercer el derecho que le confiere el art. 564: CCN, violando derechos de raigambre constitucional reconocidos en Tratados Internacionales (Convención de los Derechos del Niño), lo que implica un retroceso en materia de derechos humanos no solo insalvable, sino suficientemente grave como para exponer la responsabilidad de la República Argentina ante la Justicia Internacional.

Entre otras cuestiones, cabe resaltar que este proyecto de ley no designa Autoridad de Aplicación alguna de la ley, lo cual podría haberse incorporado dada la importancia de que una dependencia del Poder Ejecutivo Nacional cumpla dicha función a efectos regulatorios más detallados.

³³ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5700-D-16, 5759-D-16, 3202-D-17, 3765-D-17, 5141-D-17, 630-D-18,

- (iii) Incorporación del elemento de la voluntad procreacional como base de la fuente filiatoria por gestación subrogada³⁴;
- (iv) Modificación del principio sobre determinación y presunción de maternidad el CCN en casos de maternidad subrogada: se ajusta el principio al elemento volitivo incorporado en el/los instrumento/s del cual surge la existencia de la gestación subrogada³⁵;
- (v) Lugares del procedimiento: únicamente establecimientos sanitarios habilitados para realizar TRHA e incluidos en el ReFes³⁶;
- (vi) Manifestación de voluntad debidamente instrumentada³⁷;
- (vii) Requisitos para constituirse en persona gestante y obligaciones (resulta importante resaltar que prácticamente todos los proyectos son uniformes a este respecto y que resulta fundamental como requisito la no utilización de los gametos de la persona gestante en la práctica)³⁸;

5422-D-19.

³⁴ Receta lo resuelto por los Tribunales.

³⁵ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5700-D-16, 5759-D-16, 3202-D-17, 3765-D-17, 5141-D-17, 630-D-18, 5422-D-19.

³⁶ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5700-D-16, 5759-D-16, 3202-D-17, 3765-D-17, 5141-D-17, 630-D-18, 5422-D-19. Resulta absolutamente fundamental y necesario que se regule que toda práctica relativa a maternidad subrogada sea realizada única y exclusivamente en establecimientos sanitarios habilitados para realizar TRHA e incluidos en el ReFes. Todo proyecto de ley que incorpore este recaudo debería incorporarlo.

³⁷ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5700-D-16, 5759-D-16, 3202-D-17, 3765-D-17, 5141-D-17, 5422-D-19.

³⁸ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5700-D-16, 5759-D-16, 3202-D-17, 3765-D-17, 5141-D-17, 630-D-18,

(viii) Carácter no lucrativo del procedimiento: determinación de una compensación para la gestante no pudiendo entenderse esta como pago en su carácter de gestante en tanto tal³⁹.

4. Reflexiones finales

Podemos advertir, a lo largo de este panorama legal y regulatorio en materia de reproducción asistida en la República Argentina, que habiendo transcurrido siete años del dictado de la Ley 26.862, la autoridad de aplicación ha venido ejerciendo sus facultades tanto en materia federal como local, en cumplimiento de los deberes asignados por dicha ley, tanto en el orden regulatorio *stricto sensu*, como en el operativo y operativo-regulatorio.

En este camino, ha resultado fundamental la creación de un área autónoma y con suficiente capacidad de propuesta y acción (por supuesto, respondiendo a la línea jerárquica establecida en la estructura organizativa del Ministerio de Salud de la Nación del cual depende) y suficientemente especializada tanto en la reproducción humana asistida, como en el conocimiento del entorno constituido por la Administración Pública Nacional como marco de acción (con las estrategias y desafíos que esta presenta). A su vez, la importancia de su creación consiste

5422-D-19.

³⁹ Proyectos de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5700-D-16, 5759-D-16, 3202-D-17, 3765-D-17, 5141-D-17, 630-D-18, 5422-D-19.

en la necesaria interacción de dicha área con los diversos actores (los cuales desde su lugar exceden los ya identificados en el presente, en tanto a estos se vienen a sumar los Estados Provinciales, sus Autoridades Sanitarias, sus hospitales —con su identidad, su realidad propia, sus prioridades y sus desafíos—), áreas específicas de Gobierno Provincial como resultan los Registros del Estado Civil y Capacidad de las Personas, las Organizaciones no Gubernamentales, la Comunidad Científica, los otros dos poderes del Estado Nacional, los órganos extrapoder como el Defensor del Pueblo de la Nación, y tantos otros que conforman parte de las acciones encaminadas).

También podemos advertir que siempre resta sendero por recorrer, en tanto el devenir de la realidad requiere que se otorgue suficiente legislación y regulación a las cuestiones que van surgiendo y que requieren ser abordadas a través del dictado de las normas correspondientes, a fin de generar seguridad jurídica, consolidar la equidad y fortalecer las garantías constitucionales que le son reconocidas a la población en aras de la más adecuada satisfacción de sus necesidades. Estas no son más que el reflejo de esa realidad que existe, y que merece ser, entonces, suficientemente identificada y respetada como única premisa verdadera de toda acción por impulsar.

5. Referencias bibliográficas

Constitución Nacional de la República Argentina, Boletín Oficial de la República Argentina, 22/08/1994.

Ley N.º 25.673, Boletín Oficial de la República Argentina, 30/10/2002.

Ley N.º 25.929, Boletín Oficial de la República Argentina, 21/09/2004

Ley N.º 26.061, Boletín Oficial de la República Argentina, 28/09/2005.

Ley N.º 26.529, Boletín Oficial de la República Argentina, 21/10/2009.

Ley N.º 26.743, Boletín Oficial de la República Argentina, 09/05/2012.

Ley N.º 26.862, Boletín Oficial de la República Argentina, 26/06/2013.

Ley N.º 26.994, Boletín Oficial de la República Argentina, 01/10/2014.

Decreto Reglamentario N.º 956/13, Boletín Oficial de la República Argentina, 23/07/2013.

Decreto Reglamentario N.º 1089/12, Boletín Oficial de la República Argentina, 05/07/2012.

Resolución N.º 1709/14 de la Superintendencia de Servicios De Salud, Boletín Oficial de la República Argentina, 12/12/2014.

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N.º 1305/2015, Boletín Oficial de la República Argentina, 31/08/2015.

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N.º 2190-E/2016, Boletín Oficial de la República Argentina, 13/12/2016.

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N.º 616-E/2017, Boletín Oficial de la República Argentina, 26/05/2017.

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N.º 679-E-2017, Boletín Oficial de la República Argentina, 08/08/2017.

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N.º 1-E-2017, Boletín Oficial de la República Argentina, 04/01/2017.

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N.º 1831-E/2017, Boletín Oficial de la República Argentina, 13/10/2017.

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N.º 1044-E/2018, Boletín Oficial de la República Argentina, 05/06/2018.

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N.º 1045-E/2018, Boletín Oficial de la República Argentina, 1/06/2018.

ONU: Asamblea General, Convención sobre los Derechos del Niño, United Nations, 20/11/1989.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 0365-D-13, Trámites Parlamentarios, Argentina, 07/03/2007.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 1107-D-13, Trámites Parlamentarios, Argentina, 19/03/2013.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 0146-D-14, Trámites Parlamentarios, Argentina.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 0581-D-14, Trámites Parlamentarios, Argentina, 12/03/2014.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 4058-D-14, Trámites Parlamentarios, Argentina, 27/05/2014.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 4221-D-14, Trámites Parlamentarios, Argentina.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5700-D-16, Trámites Parlamentarios, Argentina, 31/08/2016.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5759-D-16, Trámites Parlamentarios, Argentina, 31/08/2016.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 3202-D-17, Trámites Parlamentarios, Argentina.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 3765-D-17, Trámites Parlamentarios, Argentina.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5141-D-17, Trámites Parlamentarios, Argentina.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 630-D-18, Trámites Parlamentarios, Argentina.

Proyecto de Ley de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación 5422-D-19, Trámites Parlamentarios, Argentina, 06/12/2019.

Ley sobre Reproducción y Embriología Humana de 1990. Modificaciones - *Human Fertilisation And Embriology Act*, Reino Unido, 1990; 2008.

Ley 14/2006 Sobre Técnicas De Reproducción Humana Asistida, Boletín Oficial De España, España, 27/05/2006.

Sobre los autores y las autoras

Rocío B. Alaniz. Licenciada en Psicología, Universidad de Mendoza. Máster en Psicología de la Reproducción Asistida, Universidad de Barcelona - Sociedad Española de Fertilidad, con prácticas en el Hospital Quirón Salud de San Sebastián, España. Diplomada en Psicología de la reproducción asistida por la RED LARA y certificada por la Dra. Leticia Urdapilleta. Miembro fundador de la Sociedad Argentina de Psicología de la Reproducción Humana y Asistida (SAPRHA). Psicóloga orientada en reproducción humana y fertilización asistida, acreditada por SAMeR. Docente universitaria. Educadora y orientadora en Sexualidad, con Diplomado en Diversidad Sexual y Derechos Humanos por la Confederación Latinoamericana de Ciencias Sociales y la Federación Argentina LGBT. Reconocida por la H. Cámara de Diputados de Mendoza, por la labor en actividades comunitarias de divulgación de la Endometriosis.

Gabriela Martha Barontini. Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Realizó un posgrado en Psicología Perinatal (UBA - CIIPME CONICET). Es psicóloga orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida acreditada por SAMeR. Miembro del Equipo de Psicología y Musicoterapia de Concebir Asociación Civil. Integrante del equipo de investigación de Psicología y Musicoterapia de CONCEBIR. Miembro integrante del Capítulo de Psicología de SAMER.

Dolores Gallo. Licenciada en Psicología, (UBA). Es miembro fundador e integrante del Comité de Docencia e Investigación de la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida, SAPRHA Asociación Civil. Es miembro activo y Psicóloga Orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida acreditada por SAMeR. Posee formación de Posgrado en reproducción humana asistida, género y diversidad sexual, psicoprofilaxis quirúrgica y psicooncología. Se desempeña como psicóloga en consultorio particular.

Silvia Jadur. Psicóloga y psicoanalista. Coordinadora del Centro Argentino de Psicología y Reproducción. Autora de: *Así fue como llegaste* (2010), con C. Duhalde, una serie de libros infantiles para explicar el origen procreativo por donación de óvulos, de espermatozoides y FIV, y de *¡Auxilio, el bebé no llega!* (2015) con Lic. V. Wainstein (Mención especial del Concurso Ed. Siglo XXI). Premio FEPAL 2008 Psicoanálisis y comunidad. Fundadora y ex coordinadora de Concebir. Directora del Primer Curso para psicólogos en SAMER. Se desempeñó como psicóloga del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez. Realiza publicaciones en medios nacionales y en el exterior.

María Cecilia Johnson. Licenciada en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales (UNC). Doctora en Estudios de Género por el Centro de Estudios Avanzados (UNC). Becaria Posdoctoral CONICET en el CIECS-CONICET- UNC (Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad) Docente en la Universidad Nacional de Córdoba, en la Licenciatura en Trabajo Social. Trabaja en temáticas sobre sexualidad, reproducción, familia y religión desde los estudios de género y feministas.

Ludmila Jurkowski. Licenciada en Psicología (UB, 2005). Doctoranda de la Universidad de Palermo. Psicóloga Orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR 2017). Realizó la formación internacional de Terapeuta Certificado en Análisis Bioenergético y cursó un Postgrado en Teoría y Técnica de Psicoterapias Psicoanalíticas, entre otros. Es investigadora en Psicología Clínica, actualmente trabaja en diversos proyectos de investigación en Reproducción Humana. Posee publicaciones en libros y revistas científicas. Periódicamente realiza presentaciones en eventos científicos. Profesora adjunta de la cátedra Epistemología y Metodología de la Investigación Científica de la carrera de psicología en la Universidad de Belgrano. Se desempeña en consultorio privado como psicóloga clínica de adultos y parejas. Coordina supervisiones grupales e individuales vinculadas a la reproducción humana.

Armando B. Kletnicki. Licenciado en Psicología (UBA). Psicoanalista. Jefe de Trabajos Prácticos Regular en Docencia e Investigación, Cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos, Facultad de Psicología, UBA. Investigador del Programa de Ciencia y Técnica (UBACyT). Psicólogo de Planta y ex Coordinador del Comité de Ética Hospitalaria del Centro de Salud Mental Nro. 3 “Dr. A. Ameghino” (G.C.B.A.). Autor de numerosas publicaciones sobre filiación, con el foco puesto en las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida. Consultor de instituciones y centros especializados en reproducción asistida.

Rocío Magalí Legarralde. Tesista de la Licenciatura en Psicología (UBA). Coayudante en la Cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos. Becaria del Proyecto UBACyT (2018-2020): “(Bio)ética y Derechos Humanos: La dialéctica de lo Particular y lo Universal-Singular a través de la Narrativa Clínico-Cinematográfica”. También se desempeña como acompañante terapéutica y maestra de apoyo a la integración escolar. Escribe poesía y relatos breves.

Natacha Salomé Lima. Licenciada y Doctora en Psicología (UBA). Máster en Bioética Programa Erasmus Mundus Universidad Católica de Leuven Bélgica, Radboud Universiteit Nijmegen Países Bajos, Università degli Studi di Padova, Italia. Psicóloga Orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida SAMeR. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Jefe de trabajos prácticos en la Práctica Profesional: El Rol del Psicólogo en el Ámbito de las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida, Facultad de Psicología UBA. Directora del Proyecto de Desarrollo Estratégico (PDE 2019) Circuitos de la Reproducción Asistida: una matriz de toma de decisiones e intervenciones sobre el origen. Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad de Buenos Aires.

Haydée S. Montesano. Licenciada y Doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Docente e investigadora de la Cátedra I de Psicología, Ética y Derechos Humanos de la Facultad de Psicología (UBA). Participa en proyectos de investigación UBACyT sobre temas de bioética, derechos humanos y psicoanálisis. Es psicoanalista miembro de A.P.O.L.a Buenos Aires.

Carolina Moyano Vargas. Abogada (UBA). Posgraduada (Universitat Pompeu Fabra y Escuela del Cuerpo de Abogados de Estado/Procuración del tesoro de la Nación). Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina (Coordinación de Reproducción Médicamente Asistida). Asesoría Legal y cogestión estratégica a nivel federal en Administración Pública Nacional, eficiencia de Contrataciones Administrativas, elaboración de proyectos de decretos reglamentarios, resoluciones ministeriales y convenios. Miembro de la Revista Lecciones y Ensayos de la Facultad de Derecho de la UBA. Participación en reuniones del Comité de Propiedad Intelectual de la *American Chamber of Commerce in the Argentinean Republic*. (AmCham) Tutora para el Certamen AmCham “*Intellectual Property -* Mentes Innovadoras para el Desarrollo”. Exponente en reuniones, charlas y debates sobre aspectos legales de la Reproducción Asistida en Universidad Nacional de Rosario; Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva; Consejo Federal de Registros del Estado Civil y Capacidad de las personas; ONG “Abrazo por dar vida”.

Flavia Andrea Navés. Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Psicóloga orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida acreditada por SAMeR. Presidente y fundadora de la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida —SAPRHA— Asociación Civil. Jefa de Trabajos Prácticos de la Práctica Profesional: El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA y docente de la Cátedra I de Psicología, Ética y Derechos de Humanos de la Facultad de Psicología de la UBA. Docente del Curso de Posgrado "Herramientas para el abordaje interdisciplinario en reproducción asistida", Universidad de Belgrano. Investigadora UBACyT. Coordinadora del área de Investigación en Concebir Asociación Civil.

Diana Pérez. Licenciada en Psicología por la Universidad Argentina J. F. Kennedy. Psicóloga orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida acreditada por SAMeR. Docente a cargo del Curso de Posgrado "Herramientas para el abordaje interdisciplinario en reproducción asistida", Universidad de Belgrano. Ha participado en numerosos proyectos de investigación en el campo de la salud, la sexualidad y la reproducción humana, educación, juventud y programas sociales financiados por organismos nacionales e internacionales.

Chiara Pomba. Licenciada en Psicología por la Universidad Abierta Interamericana. Diplomada en Sexualidades, Parentalidades y Reproducción Humana por la Universidad Abierta Interamericana. Diplomada en Terapias de Tercera Generación por la Universidad Abierta Interamericana.

Guadalupe Romero. Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Técnica en Corrección de Textos por el Instituto Superior de Letras Eduardo Mallea. Integrante del Proyecto de Desarrollo Estratégico (PDE 2019) Circuitos de la Reproducción Asistida: una matriz de toma de decisiones e intervenciones sobre el origen. Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad de Buenos Aires.

Mariela Rossi. Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Diploma de Honor. Realizó la concurrencia clínica en el Centro de Salud Mental N.º1 "Hugo Rosario" en el equipo de Adolescencia. Se encuentra actualmente cursando una Maestría en Familia y Pareja en el IUSAM (Instituto Universitario de Salud Mental- ApdeBA). Realizó el Posgrado en Psicoanálisis y Género y en el año 2015. Recibió, por parte de la Sociedad Argentina

de Medicina Reproductiva (SAMeR), el reconocimiento como Psicóloga Orientada en Fertilidad y Reproducción Humana Asistida. Dirigió el Curso Anual de Psicología en Reproducción Humana Asistida durante los años 2015 al 2018 y presidió el Capítulo de Psicología (SAMeR) en el período 2016-2018. Docente de grado UBA y de posgrado en UNSAM. Se desempeña como psicóloga clínica atendiendo pacientes con dificultades reproductivas en dos centros de Reproducción Humana Asistida y en su consultorio privado.

Pamela Rossi. Licenciada en Psicología. Diplomada en Psicología de la Reproducción Humana por Red Lara y certificada por Dra. Leticia Urdapilleta (2019). Formada en Psicología de la Reproducción Humana por el Instituto Universitario IVI, Valencia, España (2015). Psicóloga Clínica, perteneciente al Servicio de Psicología de INVIDA, Medicina Reproductiva, Bahía Blanca y Psicóloga Perinatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Italiano Regional del Sur, Bahía Blanca. Vicepresidente y fundadora de la Sociedad Argentina de Psicología en la Reproducción Humana Asistida —SAPRHA— Asociación Civil. Fundadora de la Comisión de Psicología Perinatal D1 y de SAPRHA-Asociación Civil.

Guillermo Terrado. Médico especialista en Ginecología y Medicina Reproductiva. Miembro fundador de la Sociedad Argentina de Preservación de la Fertilidad (SAPreF). Miembro de la International Society of Fertility Preservation (ISFP). Ex director del Curso Superior de Medicina Reproductiva de la SAMeR (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva) y editor en jefe de la Revista “Reproducción”. Más de 300 trabajos científicos

presentados y publicados en diversos congresos y revistas nacionales y extranjeras. Disertante en numerosas reuniones científicas y congresos de Medicina Reproductiva.

Mariana Viera Cherro. Doctora en Antropología Social (Universidad de la República, Udelar-Uruguay). Profesora Adjunta del Departamento de Antropología Social (Udelar). Co-coordinadora del programa "Género, cuerpo y sexualidad". Sus líneas de investigación se centran en: anticoncepción, aborto, reproducción, sexualidad, violencia de género y reproducción humana asistida. Trabaja desde una perspectiva de género, derechos humanos y feminismo.

Laura Wang. Licenciada en Psicología, título otorgado por la Universidad de Belgrano. Integrante del Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida del Ministerio de Salud de la Nación. Directora del Departamento de Psicología del IFER. Coordinadora Académica del Curso de Posgrado "Herramientas para el abordaje interdisciplinario en reproducción asistida", Universidad de Belgrano. Psicóloga orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida acreditada por SAMeR.

