



**ÁREA DE ÉTICA, DERECHOS Y BIENES PÚBLICOS GLOBALES**

**MAESTRÍA EN BIOÉTICA**

**La vitrificación de óvulos por causas no terapéuticas**

**¿Un caso de autonomía inducida?**

**Tesista:** Lic. Gricelda Ethel Moreira

**Directora de Tesis:** Dra. María Florencia Santi

**Tesis final para optar por el grado académico de Magister en Bioética**

**Fecha:** (12/12/19)

## Índice General

Resumen .....5

Prefacio.....6

### Capítulo I

➤ 1.1- Formulación del problema.....8

➤ 1.2- Objetivos Generales y Específicos.....10

➤ 1.3- Preguntas de investigación.....10

➤ 1.4- Estructura de la tesis.....11

### Capítulo II

➤ 2.1- Concepto de infertilidad y esterilidad.....15

➤ 2.2- Causas de infertilidad femenina.....19

➤ 2.3- Técnicas de reproducción asistida.....25

➤ 2.3.1- Riesgos de la estimulación ovárica.....29

➤ 2.4- La vitrificación de óvulos por causas no terapéuticas.....31

➤ 2.4.1- Tasas de éxito.....34

➤ 2.4.2- Relevamiento de la información disponible a nivel mundial y regional....36

➤ 2.4.3- Narrativa de la vitrificación de óvulos.....38

### Capítulo III

➤ 3.1- El cuerpo intervenido.....42

➤ 3.2- La medicalización de la reproducción humana.....44

➤ 3.3- El concepto de autonomía y la bioética feminista.....51

➤ 3.3.1- Aportes del feminismo a la Bioética.....51

➤ 3.3.2-Bioética feminista.....55

- 3.3.3- El concepto de autonomía.....57
- 3.3.4-La autonomía para la Bioética feminista.....61
- 3.4- Las técnicas de reproducción asistida desde la mirada del feminismo.....63

#### **Capítulo IV**

- 4.1- El concepto hegemónico de la díada mujer-madre.....68
- 4.2- El patriarcado actual y su influencia en la toma de decisiones reproductivas ...70
- 4.3- El pronatalismo y el biologismo.....74

#### **Capítulo V**

- 5.1- Bioética y la legislación en reproducción asistida.....80
- 5.2- La ley argentina de reproducción asistida.....83
- 5.3- Datos estadísticos de la infertilidad y reproducción asistida en la República Argentina.....86
- 5.4-La maternidad tardía en la Ciudad de Buenos aires, una tendencia actual.....89

#### **Capítulo VI**

- 6.1-La vitrificación de óvulos, ¿un caso de autonomía inducida?.....94
  - 6.2-Hacia una mirada crítica de la “preservación” de la fertilidad por causas no terapéuticas.....96
- Reflexiones finales.....102
- Referencias bibliográficas.....105
- Anexo.....110

## **Siglas y abreviaturas:**

AMM: Asociación Médica Mundial

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas

DGP: Diagnóstico Genético Preimplantatorio

ESRHE: European Society of Human Reproduction and Embriology

Firrage: Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering

FIV: Fecundación In vitro

GIFT: intratubal transfer of gametes

hCG: hormona gonadotrofina coriónica

ICSI: Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides

LARA: Red Latinoamericana de Reproducción Asistida

OMS: Organización Mundial de la Salud

SART: Sociedad de Tecnología Reproductiva Asistida

SEF: Sociedad española de Fertilidad

SHO: Síndrome de Hiperestimulación Ovárica

SOP: síndrome de Ovario Poliquístico

TRA: Técnicas de Reproducción Asistida

ICMART: Comité Internacional de Monitoreo de Tecnologías de Reproducción Asistida

## **Resumen**

El objetivo general de este trabajo es analizar y visibilizar la vitrificación de óvulos por causas no terapéuticas y la consecuente aplicación de técnicas de reproducción asistida (TRA) de alta complejidad, en particular dentro de la República Argentina, desde la sanción de la Ley nacional 26.862 en el año 2013 hasta la actualidad.

El tipo de investigación, según sus fines, es exploratoria y, de acuerdo con los medios de investigación, tiene carácter documental y bibliográfico.

El tema que nos convoca, la aplicación de técnicas de reproducción asistida en mujeres fértiles que desean postergar su maternidad podría ser impulsada por un mercado que oferta beneficios irresistibles y da lugar a una “autonomía inducida” y no al ejercicio de sus derechos y libertades. La bioética y otros campos de investigación, como la sociología y la filosofía, nos servirán de instrumento teórico para abordar estos temas a partir de una lectura multidisciplinaria.

**Palabras clave:** Técnicas de reproducción asistida, medicalización, Bioética feminista, autonomía, vitrificación.

## **Prefacio**

Hasta entrado el siglo XX, el mandato social que fundó en una misma naturaleza mujer y madre imperó sin mayores cuestionamientos. Pertenecer al sexo femenino era la condición necesaria para la realización de la maternidad. A partir de la década de los 60, la regulación de la fecundidad con la pastilla anticonceptiva provocó la revolución que le permitió a la mujer, por primera vez en la historia separar la sexualidad de la procreación y consecuentemente el binomio mujer- madre comenzó paulatinamente a perder consistencia. Asimismo, los movimientos sociales emancipadores provocaron cambios en las subjetividades y en el entramado social, uno de los objetivos de la segunda ola feminista fue el alcanzar la igualdad económica con el varón y la independencia de la mujer de la hegemonía masculina. En este contexto de libertad, la búsqueda de espacios profesionales y laborales comenzó a interferir con la maternidad. Si bien fueron muchos los avances en relación con la equidad de género, actualmente sigue siendo desventajosa la posición de la mujer tanto en el plano laboral como doméstico, privado como público.

Es también en la década de los sesenta cuando la ciencia y la tecnología aplicada a la reproducción humana aumentaron vertiginosamente, comenzaron a desarrollarse terapias para resolver la infertilidad no solo por causas físicas sino también por causas que daremos en llamar causas sociales. Debido a la coincidencia temporal entre los momentos de mayor fertilidad y mejores posibilidades para la producción y el empleo, muchas mujeres retardan su maternidad, tendencia que se da a nivel global y va en aumento.

La vitrificación de óvulos en mujeres fértiles con la consecuente aplicación de técnicas reproductivas de alta complejidad constituye un campo de análisis propicio para explorar la medicalización de la reproducción y de cómo ésta se transformó en un tema de la biotecnología, con costos en los cuerpos y en la subjetividad de las mujeres. Asimismo, dichas técnicas biomédicas vienen a reafirmar el binomio mujer- madre, a visibilizar los mecanismos del

patriarcado actual y a solapar inequidades de género, una respuesta médica a un problema de origen social.

No se trata de proponer un rechazo irreflexivo, tampoco una adhesión irrestricta, sino más bien de abrir una vía de deliberación bioética acerca de la implementación de una técnica que, día a día se naturaliza.

# Capítulo I

## 1.1- Formulación del problema

El objetivo general de este trabajo es analizar y visibilizar la vitrificación de óvulos en mujeres fértiles con fines no terapéuticos y la posterior aplicación de técnicas de reproducción asistida (TRA). La Bioética, y en particular la Bioética feminista junto a la filosofía, la sociología y el psicoanálisis servirán de instrumento teórico para el abordaje de esta cuestión desde una perspectiva histórica conceptual.

El problema que nos interesa desarrollar está en el marco de un posible corrimiento de las fronteras de la ciencia médica, que podría alejarse de las finalidades terapéuticas curativas o preventivas. Abordar de qué manera la medicalización de la reproducción y en particular la vitrificación de óvulos en mujeres fértiles por causas no terapéuticas se transforma en un proceso biopolítico<sup>1</sup> (Foucault, 1998), más cerca de las leyes del mercado y de las nuevas pautas del patriarcado actual que al ejercicio de la autonomía.

En la actualidad, los conceptos de maternidad y paternidad como así también las percepciones de la infertilidad se han transformado. Coincidimos con Silvia Tubert<sup>2</sup>, quien plantea que la totalización semántica del binomio mujer-madre atraviesa las diferentes épocas e impone un modelo hegemónico del ser mujer en el que feminidad implicaría necesariamente maternidad. (Tubert S. , 1993) Si bien se están produciendo cambios en relación con el lugar de la mujer en la sociedad, los efectos no son inmediatos ni tampoco homogéneos. Estas modificaciones incluyen el acceso a la vida pública, al ámbito laboral, a la educación y a la libertad sexual, ingresando así a la actividad productiva; son todas posibilidades para la mujer,

---

<sup>1</sup> Biopolítica es el nombre que da el filósofo francés Michel Foucault a una forma específica de gobierno que aspira a la gestión de los procesos biológicos de la población.

<sup>2</sup> Tubert, S. se graduó como psicóloga en Buenos Aires y obtuvo un doctorado de la Universidad Complutense de Madrid. Investigó el feminismo combinando el psicoanálisis con la antropología y la literatura, trabajó en la conceptualización de la maternidad.

pero sin embargo parecen entrar en contradicción con la dinámica de la reproducción, motivo por el cual en ocasiones provoca tensión. Subyace aún la insistencia en asignar a las mujeres el rol de perpetuar el lazo biológico, enfatizando el narcisismo de la sangre y replicando una ideología patriarcal. Desde esta perspectiva podríamos pensar que recurrir a la vitrificación de óvulos sin padecer enfermedad alguna puede estar respondiendo a la falta de equidad de género, quedando el cuerpo de las mujeres como medida de ajuste del sistema social. Frente a carencias sociales y a exigencias del mercado, se promueve una respuesta individual por parte de las mujeres, manteniendo un modelo hegemónico de reproducción.

La Bioética, entendida como una pluralidad axiológica y de discursos, y particularmente la Bioética feminista, nos permitirá formular la pregunta acerca de los “costos” que en la mujer tiene la no maternidad y por otro, la “maternidad a cualquier precio”. Con la implementación de las TRA, si bien se ha logrado que las mujeres dieran a luz un hijo, los problemas de esterilidad y fertilidad - salvo contadas excepciones- no se han resuelto.

La edad de la mujer ubica al eje temporal como primordial para la gestación, generando una demanda de las TRA no sólo en mujeres que están decididas a tener un hijo, sino también en mujeres jóvenes que se anticipan a su eventual deseo, vitrificando sus óvulos. De esta forma en ocasiones se encubre el no deseo de ser madre, con la posibilidad de serlo más adelante, lo que se intenta asegurar con la vitrificación. Esta postergación, este “patear para adelante”, es aceptado, quedando la maternidad como una tarea pendiente que genera más aceptación social, que el renunciamiento, lo cual puede encubrir una forma de coacción y no el ejercicio de una decisión autónoma. La vitrificación de óvulos en mujeres fértiles sin indicación terapéutica no es ilegal, tampoco inaceptable; pero es de interés reflexionar al respecto ya que pueden ser cuestionables los supuestos sobre los que se basa y sus posibles usos.

## **1.2- Objetivos generales y específicos**

- Analizar los problemas éticos que suscitan y los conflictos de intereses que emergen en la oferta de vitrificación de óvulos de mujeres fértiles por causas no terapéuticas y posterior aplicación de las técnicas de reproducción asistida.
- Estudiar desde una perspectiva Bioética la aplicación de la vitrificación de óvulos y posterior aplicación de las TRA en mujeres fértiles.
- Explorar cuáles eran los actores a quienes estaban dirigidas las TRA y la vitrificación de óvulos en sus inicios y cómo se fue desplazando la oferta médica.
- Indagar la incidencia de la difusión de las técnicas, la publicidad y la legislación sobre el tema, en la demanda por parte de las mujeres.
- Identificar los riesgos y costos psicofísicos de exponerse a una TRA sin padecer enfermedad alguna.
- Dar cuenta de cómo la medicalización de la reproducción reafirma el binomio mujer-madre.

## **1.3-Preguntas de investigación**

Las preguntas que guían la presente tesis son: ¿Si los métodos utilizados para la extracción de óvulos son seguros y efectivos? ¿Cuáles son los efectos físicos y emocionales? ¿Si el vitrificar óvulos asegura un futuro embarazo? ¿Si la información que circula es la adecuada para hacer una elección y si esta decisión es autónoma?

En este trabajo se busca responder a los siguientes interrogantes: ¿Si la vitrificación de óvulos en mujeres fértiles por causas no terapéuticas podría ser impulsada por un mercado que refuerza la díada mujer-madre? ¿Si la oferta de “preservar” la fertilidad obedece más a los mecanismos del patriarcado actual, que al ejercicio de los derechos y libertades?

#### **1.4- Estructura de la tesis**

La tesis se estructura de la siguiente manera: en el presente capítulo, formulación del problema, definición del objeto de estudio y de las preguntas de investigación.

En el capítulo II, abordamos las técnicas de reproducción asistida, poniendo especial énfasis en la aplicación de las técnicas de fertilización al servicio de mujeres fértiles, no por razones terapéuticas sino en base a preferencias personales o presiones sociales. Este capítulo tiene como objetivo definir y analizar los conceptos de esterilidad e infertilidad presentando las múltiples conceptualizaciones de una entidad resbaladiza. La dificultad para aunar criterios y unificar soluciones. Interrogar la infertilidad como enfermedad y las respuestas que la sociedad y la medicina generan.

Consideramos pertinente el desarrollo pormenorizado de las diferentes Técnicas de Reproducción Asistida, para al final del recorrido adentrarnos en la vitrificación de óvulos por parte de mujeres fértiles sin motivos terapéuticos como método de “preservación” de la fertilidad. Analizaremos desde una perspectiva bioética los problemas que suscitan y los conflictos de intereses que emergen en la oferta de vitrificar óvulos sin padecer enfermedad alguna y la posterior aplicación de técnicas de reproducción asistida.

En el capítulo III, se desarrollan las principales posturas sociológicas y de la Bioética feminista en relación con las técnicas de reproducción asistida y el concepto de autonomía; cómo también el proceso de medicalización de la reproducción.

Siguiendo a Foucault identificaremos cómo el cuerpo humano existe en y a través de un sistema político y es en ese sentido un cuerpo intervenido. El poder político proporciona cierto espacio al individuo, un espacio donde comportarse, donde adoptar una postura particular. Asimismo, el avance del conocimiento científico, la medicina junto al apoyo del marketing intenta dominar el azar y regular la vida. Analizamos el control actual de los cuerpos que están en manos de un mercado que produce sujetos consumidores.

Exploramos el desarrollo del concepto de autonomía como así también el principio de autonomía desde distintas perspectivas teóricas de la Bioética.

Indagamos como las TRA se inscriben como parte del proceso normalizador de la medicalización y genera la demanda de tratamiento. La intervención médica sobre la infertilidad refuerza el rol de la medicina en la construcción de significados respecto a la reproducción, pero también sobre la sexualidad, y es allí donde podemos ubicar la función política de la medicina en la transmisión de comportamientos considerados deseables o no. Exploramos cuáles son los actores a quienes estaban dirigidas las TRA y la vitrificación de óvulos en sus inicios y cómo se fue desplazando la oferta médica, así como también damos cuenta de cómo la medicalización de la reproducción asistida reafirma el binomio mujer-madre.

Abordar algunos aportes que han realizado el feminismo y en particular la Bioética feminista nos ayudará a analizar como la capacidad biológica de las mujeres se ha transformado en un imperativo y cómo la tecnología colabora en la consolidación de un poder sexista. Indagamos si el avance de la tecnología ha contribuido a reproducir la desigualdad en las relaciones de género, una ciencia que desde sus inicios ha determinado los objetivos, las finalidades de estos, y los temas de investigación desde una perspectiva androcéntrica. Y si bien las mujeres se han ido integrando en la ciencia no siempre se ha modificado la aplicación sesgada de la tecnología, ni ha logrado ser una práctica neutral. Daremos cuenta también de cómo se presenta una aceptación acrítica con respecto a la necesidad de abocarse a lo laboral profesional con dedicación y disponibilidad como si la vida de las personas debiese estar al servicio de la producción y todo aquello que interfiera debe evitarse. Al mismo tiempo que las mujeres son presionadas para ejercer la maternidad a cualquier costo como un objetivo a cumplir, sin cuestionarse si realmente es una elección personal o una exigencia social.

En el capítulo IV retomaremos el hilo argumentativo del capítulo anterior para analizar el efecto de un discurso que aún hoy se encuentra sostenido en el patriarcado y como ejerce

influencia en la toma de decisiones. El motivo por el cual es pertinente hacer pie sobre el concepto hegemónico del binomio mujer- madre, es a los fines de señalar la maternidad como un constructo social que da cuenta de la desigualdad de género, como también de que siempre se ha tratado de un asunto público sometido a los vaivenes del poder. La incidencia que tiene la manera en que ubicamos la maternidad en la configuración social nos ayudará a visibilizar el papel que la tecnología y la biomedicina ejercen sobre el cuerpo de la mujer.

Exploramos cómo si bien en los últimos años se han profundizado cambios en la posición de la mujer en la sociedad, aún nos encontramos frente a una fuerte discriminación. Un ejemplo de ello es cuando las mujeres se postulan para un ingreso laboral, y quienes se encargan de la selección ponen el foco en la situación actual, futura o probable de esa mujer de ser madre, debido a considerar que, si es mujer, es la responsable del cuidado y la crianza, configurando un obstáculo concreto para el desarrollo profesional y el acceso al empleo.

Asimismo, en la oferta tecnológica de diferir la maternidad subyace el mandato de maternidad.

Identificamos como los ideales normativos del denominado pronatalismo suelen estar sostenidos en fundamentos de la ideología patriarcal y sexista, dónde el embarazo por parte de la mujer y la transmisión genética por parte del hombre favorece los estereotipos de la díada mujer-madre y ubica a la mujer como reproductora. La concepción pronatalistas actual se refleja en la estigmatización social y el consecuente sufrimiento que experimentan muchas mujeres que no tienen hijos y que se auto perciben como deficientes.

En el capítulo V realizamos una aproximación empírica a partir de datos proporcionados por fuentes nacionales e internacionales en relación con la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, la infertilidad y la maternidad tardía. La infertilidad por causas sociales se ha transformado en un fenómeno global. Las cifras muestran que los nacimientos en madres de más de 40 años ya suponen casi el 10% del total, mientras que hasta hace dos décadas eran

solo del 2%. Aquí, analizamos que sector de la población en nuestro país tiene mayor tendencia a retrasar la maternidad y las causas subyacentes. Indagamos la incidencia de la difusión, la publicidad y la legislación. Revisamos la ley nacional 26.862, y cómo a partir de su reglamentación, tanto a nivel nacional como provincial, la financiación pasó de estar exclusivamente a cargo de los pacientes en forma particular a quedar financiados por las empresas de medicina prepaga, las obras sociales y el Estado. El año de la promulgación de dicha ley se registraron 12000 procedimientos de estimulación ovárica y posterior transferencia de embriones. Según el Registro Argentino de Fertilidad (2015) se produjo en los últimos años un súbito aumento de la aplicación de técnicas de reproducción asistida y hay una fuerte tendencia a retrasar la maternidad por causas sociales y no médicas.

En el capítulo VI retomamos el concepto de autonomía trabajado en el capítulo II para interrogarlo a la luz de los avances de la biotecnología y dar cuenta de cómo la vitrificación de óvulos -a modo de seguro reproductivo-, podría ser impulsada por un mercado que oferta beneficios irresistibles. Damos cuenta de cómo el avance de las técnicas, junto con la medicalización de la reproducción son facilitadores de una respuesta individual a carencias sociales, a exigencias del mercado y al ejercicio de una” autonomía inducida” y no necesariamente al ejercicio de sus derechos y libertades. Identificamos como la vitrificación de óvulos por causas no terapéuticas y su posterior aplicación de las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad, lejos de favorecer la autonomía reproduce la asimetría y desigualdad de género.

Analizamos la idea que subyace en relación con el fracaso, la frustración y la insatisfacción, y como los deseos pueden dar lugar a exigir derechos, señalando que no todo lo posible es ético. Concluiremos nuestro trabajo con algunas reflexiones finales.

## Capítulo II

*Cuerpo objeto, fraccionado de acuerdo con un esquema mecanicista y reconstruido a través de un proceso de control que, en ningún momento, toma en cuenta la dimensión simbólica de la paternidad y el deseo de niño y que sólo se hace preguntas sobre el aspecto orgánico de la esterilidad: el cuerpo obstáculo, el cuerpo que falla. (Le Breton, 2002)*

- 2.1-Concepto de infertilidad y esterilidad
- 2.2-Causas de infertilidad femenina
- 2.3-Técnicas de reproducción asistida
- 2.4-La vitrificación de óvulos por causas no terapéuticas
  - 2.4.1-Tasas de éxito
  - 2.4.2-Relevamiento de la información a nivel mundial y regional
  - 2.4.3- Narrativa de la vitrificación de óvulos

### **2.1- Concepto de infertilidad y esterilidad.**

La fertilidad es un término utilizado por la demografía en relación con el número medio de hijos nacidos de las mujeres que, en una determinada sociedad o grupo, han completado su ciclo reproductivo y está referido a “lo posible”; es sólo la capacidad de tener hijos. Se puede haber tenido hijos y haber perdido la fertilidad o se puede ser fértil pero no haber tenido ningún hijo.

La fecundidad, está referida al número real de hijos nacidos vivos y la infecundidad es la ausencia de nacidos vivos durante un determinado período de tiempo, y es definitiva en el caso de haber llegado al final del ciclo reproductivo. La infecundidad según Diniz<sup>3</sup> puede ser voluntaria o involuntaria. La primera es parte de la decisión personal y no es un problema

---

<sup>3</sup> Diniz, Débora. Doctora en Antropología, profesora de la Universidad de Brasilia e investigadora del Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género.

biomédico en tanto que la infecundidad involuntaria es la que se asocia a infertilidad. Pero no siempre quien se presenta como infecundo involuntario padece restricciones clínicas de fertilidad. (Diniz D. , 2003)

La fertilidad disminuye debido a la baja en el número y calidad de los óvulos a medida que aumenta la edad de la mujer. Asimismo, son varias las causas por las que no se logra un embarazo y si bien dependen de muchos factores, podemos afirmar según el informe que proporciona la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva que el 40% de las causas son de origen femenino, el 40 % de origen masculino, en un 10% la pareja comparte la causa y aproximadamente, un 10% por causas no explicadas. (Samer, 2018).

La medicina actual avanza sobre el cómo de la esterilidad, pero en pocas oportunidades sobre el porqué. En ocasiones las causas de la esterilidad pueden estar alejadas del campo de la medicina por tener su origen en el psiquismo del entramado subjetivo, pero la medicina fuerza al cuerpo sin dar soluciones a las causas, ni siquiera a las orgánicas.

En la actualidad se ha producido una disminución de la fertilidad humana, por el aplazamiento de la búsqueda del embarazo a edades en que la mujer es menos fértil.

Si bien las causas del incremento en la prevalencia de la infertilidad no son fáciles de establecer, se pueden considerar que al menos existen cuatro factores que son causa de infertilidad: la decisión postergada de tener hijos por parte de las mujeres, la calidad del semen debido al tabaquismo y a la ingesta de alcohol, la eliminación de muchos de los tabúes sexuales y los cambios en la conducta sexual. (Samuel S. C. Yen, 2001)

En general los términos de infertilidad y esterilidad se utilizan indistintamente. Se habla de esterilidad primaria cuando nunca se ha logrado un embarazo. Esterilidad secundaria, cuando habiéndose logrado un embarazo, éste no llega a término. Con infertilidad primaria se entiende cuando nunca se ha logrado finalizar un embarazo con un recién nacido vivo e infertilidad secundaria, cuando habiéndose tenido un embarazo y un parto normal, no se consigue llegar a

término un segundo embarazo. Debiéndose diferenciar de la infertilidad secundaria provocada por lesiones relacionadas con abortos inseguros e ilegales o por efectos de enfermedades de transmisión sexual mal curadas, lo que coincide con mujeres históricamente postergadas y cuya infertilidad podría haber sido evitada. (Luna F. , 2013)

La infertilidad es considerada una deficiencia que en algunos casos puede tener un impacto negativo sobre el desarrollo del individuo produciendo frustración, sin embargo, el hecho de no poder tener un hijo biológico no compromete la integridad física ni amenaza la vida.

Estudios publicados recientemente por revistas americanas y canadienses especializadas en fertilidad demostraron que existe en la población un bajo nivel de conciencia, aún en ámbitos universitarios, de los límites de la fertilidad humana y de la decreciente capacidad reproductiva de la mujer a partir de los 35 años (Papier, 2014) .

Una investigación realizada por el Departamento de Estudios de Fertilidad de la Universidad de Cardiff en Gales, desarrollada por la Dra. Jacky Boivin -investigadora líder del Dpto. de Estudios de Fertilidad- recoge información a través de una encuesta semiestructurada, en la que concluye que las personas utilizan diferentes fuentes de información sobre la fertilidad y que las fuentes de información consideradas más útiles son las de los especialistas en fertilidad y las páginas web sobre fertilidad, dándole curiosamente más peso a esta última.

El trabajo llevado adelante de “Starting Families”<sup>4</sup> considerado como el mayor estudio internacional sobre fertilidad hasta la fecha de su publicación en 2015 tuvo como objetivo comprender el proceso de toma de decisiones relativas a la fertilidad y los tratamientos disponibles. En este estudio participaron más de 10.000 mujeres y hombres que estaban intentando tener un hijo. Este estudio se ha realizado en una plataforma on-line durante los años 2009-2010, sus resultados se muestran en la página web [www.startingfamilies.com](http://www.startingfamilies.com) y a su

---

<sup>4</sup> <http://psych.cf.ac.uk/fertilitystudies/projects/fdms.html>,  
[http://www.icsicommunity.org/\\_\\_files/f/1452/Fertility%20-%20The%20Real%20Story.pdf](http://www.icsicommunity.org/__files/f/1452/Fertility%20-%20The%20Real%20Story.pdf)

encuesta han respondido parejas de: Australia, Brasil, Canadá, China, Dinamarca, Francia, Alemania, India, Italia, Japón, Nueva Zelanda, Portugal, Rusia, España, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.<sup>5</sup>

A continuación, transcribo la valoración de los resultados:

- *Las respuestas de personas de distintos países revelan diferencias importantes y proporcionan información de los motivos por los que es más probable que busquen ayuda las personas de algunos países. Nueva Zelanda, Dinamarca y Portugal son los países de los encuestados con mayores conocimientos sobre el problema de fertilidad y el coste del tratamiento y los encuestados con menores conocimientos son de India, Rusia, Japón y Brasil.*
- *Los encuestados con mayores conocimientos generales sobre la fertilidad se encuentran en Reino Unido, Dinamarca y Australia mientras que los que tienen menos conocimientos sobre este tema viven en Turquía, Japón y China. Los hombres tienen menos conocimientos sobre la fertilidad que las mujeres. El nivel de conocimientos más bajo se ha observado en los encuestados de Turquía y el más elevado en Dinamarca, Australia, Portugal y el Reino Unido.*
- *Los peores conocimientos sobre la fertilidad se refieren a los factores de riesgo de la infertilidad y a los hechos que facilitan la búsqueda de asesoramiento médico en*

---

<sup>5</sup> Algunas de sus conclusiones:

*“La mayoría de las personas desean tener hijos, pero no todas necesitan hijos para sentirse satisfechos con la vida: La mayor necesidad de maternidad/paternidad -importancia de tener hijos para sentirse satisfechos con la vida. se produce en Rusia, Francia, India y Brasil y la menor en Japón.*

*China e India son dos países en los que el estatus social de la maternidad/paternidad influye mucho más que en otros. Las personas que han respondido a la encuesta de estos países también muestran mayores deseos de cumplir con las expectativas de la pareja, la familia, la familia política y la comunidad. Es interesante resaltar que el estatus social de la maternidad/paternidad parece tener un valor inferior en países con un nivel de desarrollo económico más elevado, con la excepción de Estados Unidos, Alemania y Japón.*

*La mayor importancia de la seguridad económica se aprecia en las personas de Alemania y Dinamarca y la menor en las de Turquía, Rusia e Italia.*

*Los encuestados de Dinamarca y el Reino Unido son los que otorgan más importancia a estar preparados a nivel personal y de pareja y los de Japón y China los que menos”.*

*el momento oportuno: Solo el 44% de las personas saben que una pareja es considerada infértil cuando no consigue concebir después de 12 meses de intentarlo. Conocen esta definición el 70% de los encuestados de Nueva Zelanda, el 33% de los de Italia y el 20% de los de Rusia. La mitad de los encuestados de este estudio tienen la falsa creencia de que la probabilidad de embarazarse es idéntica en las mujeres que ya han cumplido los 40 y las que están en la treintena. El porcentaje de respuestas correctas oscila entre el 12% en Turquía, aproximadamente el 50% en Estados Unidos y Brasil y el 78% en Nueva Zelanda.*

- *Únicamente el 44% de las personas encuestadas conoce que las enfermedades de transmisión sexual afectan negativamente a la fertilidad. Este porcentaje oscila entre el 6% en Turquía, aproximadamente el 30% en Alemania, Italia e India y el 74% en el Reino Unido.*
- *Los encuestados con menos conocimientos sobre asesoramiento médico y opciones terapéuticas son de Japón, India, China y Rusia.*

El estudio destaca que los problemas de infertilidad aumentarán en los próximos años como consecuencia del incremento de los factores de riesgo, en gran parte determinados por cambios en los hábitos culturales. En consecuencia, aumentará la demanda de tratamientos. (Boivin, 2015)

## **2.2- Causas de infertilidad femenina**

La alteración anatómica o funcional de las trompas está asociada con infertilidad, siendo los factores tubáricos- peritoneales<sup>6</sup> los responsables del 30% de las causas de infertilidad. (Masoli, 2010)

---

<sup>6</sup> Las trompas de Falopio son dos conductos musculares que conectan los ovarios y el útero. Sus funciones están relacionadas con la ovulación, con la fecundación y con el embarazo. Existen dos oviductos, cada uno conecta un ovario con en el extremo superior del útero. Tienen una longitud de 10 a 12 cm y un diámetro de 2 a 4 mm en los extremos. Internamente, cada oviducto está cubierto de una mucosa con pliegues, en donde además se

Asimismo, en caso de que las trompas estén parcialmente bloqueadas pueden permitir el ingreso de espermatozoides y sin embargo el óvulo una vez fecundado no pueda descender apropiadamente para anidarse en las paredes del útero, produciéndose un embarazo ectópico - fuera del útero- en la trompa. Si bien no se puede determinar con exactitud la causa, hay algunos factores que la favorecen, cómo el padecer endometriosis, haber padecido una enfermedad inflamatoria pélvica, haber tenido una cirugía en la zona e incluso la edad avanzada. (Brugo-Olmedo, 2003)

La endometriosis<sup>7</sup>, es una enfermedad benigna que afecta a las mujeres durante su vida reproductiva, es imprevisible, pudiendo presentarse en diferentes modalidades y con diferentes efectos, puede provocar placas pequeñas llamadas implantes, placas grandes llamadas nódulos o quistes en los ovarios llamados endometriomas. Se han sugerido varias situaciones para explicar la presencia de infertilidad en pacientes con endometriosis, entre las cuales hay alteraciones, anatómicas, anovulación<sup>8</sup> y de la fase lútea. No obstante, no ha sido posible describir un único mecanismo que sea totalmente responsable de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Los estudios permiten registrar una mayor incidencia en pacientes infértiles (48%) en comparación con individuos fértiles (5%) (ibid., 227)

Asimismo, es posible ubicar un amplio espectro de anomalías uterinas, ya sea congénita o adquirida, asociadas con la presencia de infertilidad o abortos recurrentes. Entre los ejemplos

---

encuentran cilios, los cuales ayudan a movilizar al ovocito en su encuentro con los espermatozoides, o al cigoto para su implantación en el endometrio. La capa media contiene músculo liso, y la capa más externa conocida como cuello consiste en serosa para recubrir los órganos y evitar la fricción.

<sup>7</sup> Cuando el endometrio -membrana mucosa que cubre el útero- se sitúa fuera del útero. Se desarrolla incorrectamente pudiendo asentarse en cualquier lugar del abdomen.

<sup>8</sup>La anovulación es cuando el ovocito no es liberado del folículo, debido a que el desarrollo y la ruptura folicular están alterados. La infertilidad anovulatoria puede ser causada por hiperprolactinemia o exceso de prolactina - hormona que estimula la producción de leche en las glándulas mamarias y la síntesis de progesterona en el cuerpo lúteo- que altera los pulsos de secreción de gonadotropinas - hormona producida en la hipófisis que actúa sobre las glándulas sexuales-.

se incluyen alteraciones congénitas, exposición intrauterina a medicamentos, miomas y pólipos. (ibid., 237)

Las causas de la infertilidad secundaria debido a la transmisión de enfermedades sexuales y abortos inseguros, que se presentan especialmente en países en desarrollo, no son evitadas. La salud pública de esos países no implementa la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con un enfoque integral e inclusivo que evite la infertilidad por causas que se pueden prevenir. (Luna F. , 2013)

También la presencia de ovarios poliquísticos es otra de las causas de infertilidad, esta es una patología endócrina que se presenta con una amplia variedad de síntomas clínicos, siendo la anovulación y el hiperestrogenismo requisitos previos. ((Brugo-Olmedo, 2003; 233)

La infertilidad sin causa aparente se presenta cuando luego de realizarse la pareja estudios de infertilidad, estos presentan resultados normales, lo que ocurre en un 15% de las parejas. Puede presentarse alguna anomalía que puede no identificarse a través de los estudios estándar o que incluso aún no hayan sido identificadas, pero también es probable que el embarazo ocurra, sólo que le demandará más tiempo que a otros. Es importante considerar que la causa puede estar vinculada con cuestiones emocionales, algo que suele verificarse en los casos en que tienen a su primer hijo a través de técnicas de reproducción asistida y al cabo de un tiempo surge un embarazo de forma natural.

Si bien, muchas de las causas de infertilidad están afectadas por cuestiones emocionales, no suele indicarse un tratamiento psicológico. Aunque sí se pone el énfasis de la afectación psíquica que provoca el no poder engendrar hijos.

El estudio de la infertilidad tanto femenina como masculina, ha estado influenciada por el desarrollo de la genética y de la biología molecular, pasando a ser concluyentes en el estudio, diagnóstico y evaluación.

Veamos cómo es considerada la infertilidad para los distintos organismos que la definen.

Para la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva - ASRM por sus siglas en inglés- *«La infertilidad es una enfermedad. La duración de la falla de concebir debería ser de doce o más meses antes de emprenderse una investigación, a no ser que la historia médica y los hallazgos físicos dicten evaluación y tratamiento más tempranos»* (PubMed, 2006).

Para la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida- Red Lara- la infertilidad es la *«falla involuntaria para reproducirse con niños vivos»* (RedLara, 2008).

Mientras que para el Comité Internacional de Monitoreo de Tecnologías de Reproducción Asistida- ICMART en sus siglas en inglés- definen la infertilidad como la *«enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas»* (ICMART, 2009)

La OMS define la infertilidad como *“una enfermedad del aparato reproductor definida por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales sin protección regular”* (OMS, 2014), al respecto podríamos decir que es un tanto ambigua e imprecisa, y se deduce que al cabo de un año sin haber concebido se está frente a una patología sin poner el acento en si las relaciones sexuales se están llevando a cabo en los momentos de mayor fertilidad, de qué modo y circunstancias. Se tiende a confundir capacidad de concebir con rapidez para la misma.

La Sociedad Europea de Reproducción y Embriología Humana (ESHRE, 1996) recomienda un plazo mínimo de seis meses para desarrollar un embarazo, en caso contrario la pareja es considerada infértil. Los médicos suelen recomendar estudios después de haber transcurrido doce meses, pero siendo que la edad de la mujer tiene gran impacto sobre la infertilidad, en caso de presentarse a la consulta una mujer mayor de 39 años suelen proponerse los estudios de fertilidad a los seis meses de intentar la gestación, como también se consideran los antecedentes de alteraciones que afectan la fertilidad y los deseos de ser padres.

A partir de la nueva nomenclatura del ICMART que cuenta con el apoyo económico de las principales asociaciones de especialistas en el tema, tales como la ASRM, la ESHRE, la Red LARA, entre otras según la OMS, infértil es la persona que no puede tener hijos y esta generalidad incluye también a las personas sin problemas médicos, pero con dificultades para reproducirse. (Alvarez Díaz, 2011)

La intervención médica sobre la infertilidad refuerza el rol de la medicina en la construcción de significados respecto a la reproducción, pero también sobre la sexualidad, y es allí donde podemos ubicar la función política de la medicina en la transmisión de comportamientos deseables o no.

Según la OMS *“La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de molestia o enfermedad”*.<sup>9</sup> Dicha definición parece un tanto utópica e inalcanzable, e incluso muy difícil de medir en especial porque ni las personas ni las poblaciones son estáticas ni permanecen constantes en su estado de bienestar. Asimismo, el concepto de bienestar está enraizado a un estado subjetivo en oposición con el dolor y el padecimiento que por tratarse de una sensación no puede ser medible.

Ahora bien, si se considera el “bienestar” físico, psíquico y social como un valor perteneciente a la esfera de la salud, implícitamente incluye todo lo que en un momento histórico determinado se entiende como positivo en una sociedad. En contrapartida se entenderá cómo patológico como un desvalor, como negativo, todo aquello que es indeseado, aun cuando en ocasiones es el propio medio quien determina y condiciona la aparición de enfermedades, así como también su distribución social. Parecería haber una tendencia a intentar corregir los errores de nuestra existencia imperfecta, para no provocar ningún desajuste con

---

<sup>9</sup> La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

todo aquello que, en un momento determinado, es considerado deseable y normal. Esta posición puede llevarnos a una encrucijada, en la que la medicalización de la vida sea la manera más propicia para ajustarnos a los cánones de bienestar. El proceso de medicalización provoca un aumento de competencias por parte de los médicos en temas que podrían ubicarse en la esfera de lo social.

Pensar las técnicas de reproducción médicamente asistida como la solución a un problema de infertilidad es una ilusión, las causas de la infertilidad no se intentan evitar, ni tratar. Lo que se hace es dar solución a los efectos de la infertilidad, que es el no poder acceder a un niño con quien se comparta la genética y la biología. La infertilidad como situación de padecimiento psíquico o emocional obtiene una respuesta médica, no porque se actúe contra la imposibilidad biológica, sino por mitigar dicho padecimiento. Es así como el discurso médico al poner el énfasis en la biología por la imposibilidad de un embarazo- cuando sabemos que hay muchas causas emocionales que lo impiden.

A pesar de que en ocasiones no se reconoce la existencia de un problema de índole físico su solución es la intervención médica:

*La concepción asistida es distinta del tratamiento de una enfermedad, ya que la imposibilidad de ser padres, sin intervención médica no siempre es considerada una enfermedad. Aunque puede tener profundas consecuencias psico-sociales y médicas no es en sí limitante de la vida. Sin embargo, es una importante causa de una enfermedad psicológica y su tratamiento es evidentemente médico (AMM, 2006).*

A partir de la condición de enfermedad que se le ha reconocido a la infertilidad puede exigirse que se incluya en los programas de salud tanto públicos como privados, provocando interesantes ganancias a quienes proveen este tipo de técnicas, al igual que los

comercializadores de las hormonas recombinantes utilizadas en los protocolos destinados a tratamientos de reproducción asistida.

La fertilidad es entendida en términos médicos como la capacidad que tienen los seres vivos para reproducirse y la esterilidad como la pérdida de esa capacidad. Es así como la biomedicina viene a cubrir una falta, y la reproducción asistida reproduce un vínculo de consanguinidad, pero no resuelve la infertilidad. Consuelo Álvarez Plaza<sup>10</sup>, nos dice que las técnicas de reproducción asistida están sustentadas por el discurso social de la maternidad y, a su vez, lo reafirman, contribuyendo a definir la esterilidad como un estigma, en tanto se postulan como una solución médica a una función biológica fallida. (Plaza, 2008)

Es interesante que la voluntad de fecundar, el deseo de tener hijos y no lograrlo adquirió estatus de enfermedad. Y es esto lo que intentamos analizar, en cómo el modelo médico hegemónico impone como enfermedad hechos no patológicos que involucran la vida erótica y la reproducción.

Al decir de Michel Tort<sup>11</sup>, el poner por delante el sufrimiento, obliga a que el médico responda. De modo tal que la medicina del deseo les imputa a los sujetos un deseo, donde solo hay demanda. Transformando el deseo de hijo en una subjetivación colectiva de la procreación, ligada a la economía procreación- producción. (Tort M. , 1994)

### **2.3- Técnicas de reproducción asistida**

Entendemos por técnicas de reproducción asistida (TRA), al conjunto de métodos biomédicos, que conducen a facilitar, o substituir, a los procesos biológicos naturales que se desarrollan durante la procreación humana, como la deposición del semen en la vagina, la

---

<sup>10</sup> Álvarez Plaza, Consuelo. Es licenciada y doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad Complutense y especialista en enfermería obstétrico-ginecológica y psiquiátrica. Es profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid. Ha trabajado temas de parentesco, fundamentalmente reproducción asistida.

<sup>11</sup> Tort, Michel. Es psicoanalista y filósofo. Sus trabajos versan principalmente sobre las relaciones entre el desarrollo teórico-clínico del psicoanálisis y las transformaciones históricas.

progresión de los espermatozoides a través de las vías genitales femeninas, la capacitación del espermatozoide una vez eyaculado, la fertilización del óvulo por el espermatozoide. (Solís, 2000)

Las técnicas de baja complejidad son la estimulación de la ovulación con coito programado y la inseminación intrauterina. La primera consta de estimular el crecimiento de un folículo ovárico a través de la medicación y luego determinar cuál es el momento adecuado de ovulación para llevar adelante el coito. La segunda consiste en depositar los espermatozoides dentro del tracto genital a través de una cánula que inocula el semen en el útero. Se denomina inseminación heteróloga cuando se emplean gametos de un donante y autóloga cuando los espermatozoides pertenecen a la pareja receptora.

La fecundación in vitro es una técnica de reproducción asistida extracorpórea es decir que se produce fuera del organismo femenino y consiste en unir espermatozoides y ovocitos para producir la fecundación e inicialmente el desarrollo embrionario. (Solís, 2000)

Los primeros antecedentes de las técnicas de reproducción asistida datan de 1890. Debieron superarse muchos obstáculos para ponerla en práctica en seres humanos. Algunas de las dificultades a superar fueron; el control de maduración de los ovocitos, obtener ovocitos del ovario en el estadio adecuado para la fecundación, lograr la activación de los espermatozoides in vitro, precisar las condiciones adecuadas para la fecundación junto al desarrollo embrionario in vitro y finalmente lograr transferir los embriones al útero de la mujer. (Lacadena, 2011)

En el año 1925 el fisiólogo Robert Edwars (1925-2013) descubrió que antes de iniciarse el proceso de maduración los ovocitos necesitaban una incubación in vitro previa, durante veinticuatro horas. Y en 1968 el ginecólogo Patrick Steptoe (1913-1988) desarrollo la técnica de laparoscopía y de ese modo consiguieron resolver la extracción de ovocitos de los ovarios. Después de varios intentos fallidos, el 25 de julio de 1978 nació Louise Joy Brown el primer bebé producto de fecundación in vitro.

Fue a partir del nacimiento efectivo a través de la fecundación in vitro (FIV) que se produjo una escalada en el desarrollo y la aplicación de técnicas de reproducción asistida.

La técnica (FIV) es aplicada actualmente en una amplia cantidad de casos, ante ausencia de las trompas de Falopio o de lesión severa, cuando está afectada la calidad del semen, o cuando otros tratamientos anteriores no han sido exitosos. (Perez Millan, 2009)

En el año 1984, nace Melbourne Zoe Leyland<sup>12</sup> producto de un embrión criopreservado y surge en la Universidad de Texas una nueva técnica denominada transferencia intrafalopiana de gametos, conocidas por sus siglas en inglés como GIFT, las células germinales masculinas y femeninas se inyectan en las trompas de Falopio de la mujer para la fertilización, teniendo lugar dentro del cuerpo de la mujer -intracorpórea-.

Más tarde, en el año 1992 se desarrolló la microinyección intracitoplasmática, conocida como ICSI por sus siglas en inglés (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) para tratar casos de esterilidad masculina o anomalías en el espermatozoide<sup>13</sup>. La Fecundación in Vitro con ICSI es una técnica de reproducción asistida que permite fecundar un óvulo mediante la microinyección en su interior de un sólo espermatozoide. Para realizar la ICSI se precisa sólo un espermatozoide por óvulo, mientras que en una fecundación in vitro clásica sin ICSI son necesarios entre 50.000 y 100.000 espermatozoides. Una vez fecundado, el óvulo se convierte en un preembrión y se transfiere dentro del útero para que continúe su desarrollo. (Alvarez Díaz, 2007)

Otra técnica aplicada en la reproducción asistida es el diagnóstico genético preimplantacional (DGP) que es el estudio del ADN de embriones humanos para seleccionar los que cumplen determinadas características y/o eliminar los que portan algún tipo de defecto congénito, para luego ser utilizados en tratamientos de FIV, antes de implantar los

---

<sup>12</sup> [https://elpais.com/diario/1984/10/07/sociedad/465951609\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1984/10/07/sociedad/465951609_850215.html)

<sup>13</sup> Anomalías del espermatozoide: azoospermia (ausencia de espermatozoides), oligozoospermia (baja concentración de espermatozoides), astenozoospermia (baja movilidad) o la teratozoospermia (pocos espermatozoides con la morfología adecuada).

preembriones en el útero. Asimismo, comienzan las investigaciones con células madre totipotentes<sup>14</sup> de los embriones obtenidos in vitro.

Para llevar adelante las técnicas de reproducción asistida el proceso se da inicio con la estimulación ovárica. Se procede a un monitoreo para determinar cuál es la respuesta al tratamiento hormonal con gonadotropinas<sup>15</sup> y luego se extraen con o sin anestesia los ovocitos por vía transvaginal. Más tarde se acopia el semen obtenido por diferentes métodos dependiendo de la complicación que se presente, masturbación, electro eyaculación<sup>16</sup> o puntura de epidídimo<sup>17</sup> y se continúa con un lavado de semen para la eliminación del plasma seminal. Luego en el laboratorio se ponen en contacto los gametos femeninos y masculinos obtenidos. (Samer, 2006)

En el caso de la FIV, se coloca en la misma placa el cultivo de óvulos y espermatozoides. Mientras que en la ICSI es el profesional a través del instrumental quien se encarga de depositar el espermatozoide en el interior del óvulo.

Una vez transcurridas alrededor de veinte horas de la fecundación, se analiza la presencia de los dos corpúsculos polares<sup>18</sup>(CP) y los dos pronúcleos<sup>19</sup> (PN), que deben fusionarse para dar lugar al cigoto -embrión de una célula-. Los cigotos se dejan en cultivo para que continúen su evolución. Se dejan en una incubadora que mantiene las condiciones de temperatura y gases

---

<sup>14</sup> Las células madre totipotentes pueden crecer y formar un organismo completo, tanto los componentes embrionarios (como, por ejemplo, las tres capas embrionarias, el linaje germinal y los tejidos que darán lugar al saco vitelino), como los extraembrionarios (como la placenta).

<sup>15</sup> Las gonadotropinas son hormonas secretadas por las células gonadotropas de la hipófisis (glándula pituitaria), que intervienen en la función de las gónadas (testículos y ovarios) y regulan diferentes etapas de la reproducción.

<sup>16</sup> La electroeyaculación es un procedimiento usado para obtener muestras de semen de machos mamíferos sexualmente maduros. Esta técnica se aplica en programas de mejoramiento y de investigación en varias especies, como también en el tratamiento de anaeyaculación y disfunciones eyaculatorias en humanos.

<sup>17</sup> Epidídimo es el órgano situado en el borde posterior del testículo, donde maduran y se almacenan los espermatozoides.

<sup>18</sup> Cuando el ovocito realiza la meiosis (proceso de división celular que reduce el material genético a la mitad), se producen y se extruyen dos células llamadas corpúsculos polares que contienen el material genético sobrante del ovocito.

<sup>19</sup> El pronúcleo es el núcleo de los gametos. Posee la mitad del número de cromosomas de los núcleos de las otras células no reproductivas. Durante la fecundación los pronúcleos de un óvulo y al menos un espermatozoide se fusionan para crear el núcleo único del cigoto.

adecuados para el crecimiento embrionario hasta el momento de la transferencia. Durante este período se determinará la calidad. A continuación, se prepara el endometrio para que logre un grosor de entre 7 y 10 mm con medicación hormonal -distinta a la utilizada para la estimulación ovárica- para ayudar a la implantación embrionaria. La siguiente etapa es la selección del embrión con mayor potencial de implantación, para que luego se produzca el embarazo. (Rodrigo & al, 2018)

Las TRA pueden demandar en ocasiones material reproductivo donado –tema que excede este trabajo- lo habitual es la donación de óvulos y espermatozoides; de embriones y también del útero cómo es el caso de la gestación por sustitución. Hay otras posibilidades como la donación subcelular -mitocondrias, núcleos, centriolos o donación de células componentes del embrión denominadas blastómeros, cómo también células madre.

### **2.3.1- Riesgos de la estimulación ovárica.**

Para inducir el desarrollo de los folículos se lleva adelante un tratamiento hormonal, lo que puede provocar el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO), este es una complicación casi exclusivamente iatrogénica derivada de la hiperestimulación farmacológica del ovario y desencadenada tras la administración de la hormona gonadotrofina coriónica<sup>20</sup> (hCG), para los tratamientos de reproducción asistida (TRA). La incidencia varía dependiendo, de aspectos propios de la paciente, siendo más frecuente en pacientes jóvenes, delgadas y con síndrome de ovario poliquístico (SOP), y también de los diferentes tratamientos realizados. Suele aparecer en un 3-8% de los ciclos de fecundación in vitro, llegando al 20% en los casos de mujeres con riesgo elevado. (Ballesteros&Izquierdo, s.f.) Según la Asociación Española de Fertilidad, no existe ningún método que permita prevenir completamente el SHO. Hay que tener en cuenta también que algunos casos de SHO se desarrollan en mujeres sin ningún factor de riesgo.

---

<sup>20</sup> La gonadotropina coriónica humana (hCG) es una hormona glicoproteica producida en el embarazo, fabricada por el embrión en desarrollo poco después de la concepción y más tarde por el sinciotrofoblasto (parte de la placenta)

Según la investigación realizada por Pintos Palacios<sup>21</sup> el síndrome de hiperestimulación puede ser leve, con dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal, o puede ser grave y presentar una acumulación anormal de líquido en la cavidad abdominal, inestabilidad hemodinámica, fallo renal, tromboembolismo, hemorragias intraperitoneales y ruptura ovárica. Asimismo, se sugiere cierta relación entre el tratamiento hormonal y el surgimiento de determinadas enfermedades como las reacciones vasomotoras o el aumento del tamaño de los ovarios. Por otro lado, algunos estudios han concluido que las mujeres que se someten a estos tratamientos tienen más probabilidad durante el primer año de exposición al tratamiento de padecer cáncer de útero o incluso cáncer de mama cuando recibe la gonadotropina de la menopausia. (Pintos Palacio, 2015)

Al respecto de someter a tratamientos hormonales a las mujeres, algunos expertos consideran que solo estarían indicados para aquellas mujeres cuya actividad ovárica es casi nula, sin embargo, hoy se ponen en práctica para mejorar el rendimiento. Un dato para tener en cuenta es que, si bien se obtiene la ovulación en un 80%, los embarazos se logran en un 30 o 40%. (Cambrón, 2000)

Otro de los riesgos que se pueden presentar durante la extracción ovárica son, lesiones de estructuras pélvicas, infecciones pélvicas, ruptura de quistes por endometriosis (Pintos Palacio, 2015)

El biólogo francés Jaques Testart <sup>22</sup>ha puesto en cuestión la utilización de clomífero<sup>23</sup> para la estimulación ovárica por considerar que puede ser de alto riesgo para la mujer. Considera que es imprescindible un control social sobre las técnicas de reproducción asistida y entiende

---

<sup>21</sup> Elaboro la Tesis “Nacidos para Salvar”

file:///F:/mat.%20tesis%20dos/PINTO\_PALACIOS\_%20BEBE%20MEDICAMENTO.pdf

<sup>22</sup> Testart, Jaques. (nacido el 3 de octubre de 1939), es un biólogo francés, que consiguió el nacimiento del primer bebé probeta en Francia en 1982.

<sup>23</sup> Citrato de Clomifeno (CC) El Clomifeno es el fármaco de inducción de la ovulación más utilizado para estimular la ovulación en mujeres con ovulación poco frecuente o amenorrea. También se utiliza para inducir la formación de más de un folículo, en conjunto con tratamientos de Reproducción Asistida.

que la ciencia está produciendo una mutación de las aspiraciones, satisfaciendo las necesidades que el da en llamar “necesidades de fantasía”. (Testart, 1986)

#### **2.4- La vitrificación de óvulos por causas no terapéuticas**

En el año 1986 tuvo lugar el primer nacimiento vivo a partir de ovocitos crio preservados empleando una congelación lenta<sup>24</sup>. En lo que a la técnica en sí se refiere, el óvulo al ser una célula cuya composición principal es el agua, el congelamiento lento que se realizaba al comienzo, producía cristales de hielo en su interior generando cierto riesgo de daño en su almacenamiento y en su futuro uso, imposibilitando así su fertilización.

Más tarde surgió el nuevo método de vitrificación de óvulos, teniendo lugar en 1999 el primer nacimiento. La vitrificación -congelamiento instantáneo- se lleva a cabo con crio protectores a una temperatura aproximada de - 196° en nitrógeno líquido, para solidificar la célula evitando así que al momento del descongelamiento se formen cristales de hielo, de modo que el óvulo pueda mantenerse en mejores condiciones y pueda ser utilizado con pocas probabilidades de complicaciones. (LLerena, 2012)

Desde finales de la década de los años 90 congelar óvulos era ofrecido a mujeres jóvenes con cáncer que debían exponerse a tratamientos invasivos de quimioterapia, cirugía, radioterapia, debido a que podía provocarles esterilidad o incluso menopausia prematura.

Actualmente, no es el cáncer sino el paso del tiempo la causa por la que muchas mujeres ven limitada la posibilidad de engendrar un hijo. Es así como, para contrarrestar la infertilidad futura, mujeres fértiles vitrifican sus óvulos llamada también "congelación social de óvulos" que permite a las mujeres posponer la maternidad a un momento más "conveniente" o "apropiado" en el futuro. Sin embargo, la edad en la que suelen recurrir a este tratamiento - después de los 37 años- es cuando la calidad de sus ovocitos ha disminuido y las tasas de éxito

---

<sup>24</sup> <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=22/01/2019-ab7c1e0f31>

se reducen, por las bajas tasas de fecundidad y el mayor riesgo de aborto involuntario. Estos motivos clínicos son los que hacen la franja de los treinta años la edad ideal para congelar óvulos. (ACOG, 2016)

En octubre de 2007, la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM, 2007) emitió una advertencia severa a los médicos y consumidores sobre la congelación de óvulos: *"la criopreservación de ovocitos sigue siendo un procedimiento experimental que no debe ofrecerse o comercializarse como un medio para diferir envejecimiento reproductivo"*.

En el año 2012, la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) y la Sociedad de Tecnología Reproductiva Asistida (SART) (ASRM, 2012) declararon que ya no consideraban como experimental el congelamiento de ovocitos, los estudios habían demostrado que las tasas de éxito de la utilización de óvulos vitrificados en la aplicación de las TRA eran similares a cuando se utilizan ovocitos frescos. De todos modos, al año siguiente 2013, advirtieron sobre su uso como método para diferir el envejecimiento reproductivo, al no contar con datos específicos sobre la eficacia y riesgos emocionales. (ASMR, 2013)

Al principio de este capítulo desarrollamos las características de las TRA y su utilización por parte de mujeres con dificultades para concebir debido a diferentes causas. Sin embargo, las mujeres que llevan adelante la vitrificación de óvulos por causas sociales son mujeres sanas sin infertilidad probada, lo que ubica a las TRA como un intento de “preservar” la fertilidad. Entender en qué consiste el método utilizado en la extracción de óvulos para luego vitrificarlos nos ayudará a reflexionar al respecto del uso no terapéutico de esta técnica.

Las mujeres nacen con aproximadamente 1-2 millones de óvulos los cuales se pierden naturalmente hasta que al llegar a la pubertad se poseen alrededor de medio millón de óvulos, disminuyendo después de los 30 y más rápidamente al acercarse a los 40 años, cuya calidad también disminuye. Debido a que la vitrificación de óvulos permite obtener una supervivencia

mayor al momento de la descongelación, los expertos recomiendan que se la realicen mujeres entre 20 y 30 años y nada recomendable para mayores de 38 años. (ACOG, 2016)

Algunos especialistas sostienen que la extracción de los óvulos es relativamente simple, otros que es bastante compleja. El procedimiento médico consiste en estimular durante un plazo de entre 10 a 12 días el ovario de la mujer mediante la aplicación de hormonas gonadotrópicas que son folículos estimulantes, para obtener el mayor número posible de óvulos maduros. Como hemos dicho anteriormente, el tratamiento puede provocar ciertos síntomas que van desde malestar abdominal bajo, náuseas, vómitos, diarrea hasta otros más severos como hipotensión, aumento de la viscosidad sanguínea, hasta el síndrome de hiperestimulación ovárica. Este síndrome va de leve a moderado, pero estos efectos adversos generalmente pueden controlarse bien. Sin embargo, entre el 0,1% y el 2% de los pacientes pueden experimentar un síndrome de hiperestimulación ovárica grave, que produce coágulos de sangre, falta de aire al respirar, dolor abdominal, deshidratación y vómitos que requieren ingreso hospitalario. (ASRM, 2014)

Una vez estimulados los folículos es necesario determinar el momento preciso de madurez mediante estudios de imágenes para extraerlos. La extracción se realiza- bajo anestesia- por vía vaginal por medio de una aguja fina guiada por ecografía extrayendo el líquido de cada uno de los folículos maduros. Junto con el líquido se obtiene un ovocito por cada folículo que luego será congelado en nitrógeno líquido para su almacenamiento hasta el momento de su uso. (ASRM, 2014)

Antes de la vitrificación, se debe evaluar la madurez de los ovocitos. Por lo tanto, es necesario eliminar las células del cúmulo, lo que a su vez hace que el ovocito sea inadecuado para la técnica tradicional de fertilización, pero en cambio se utiliza la técnica más invasiva, a saber, la inyección de espermia intracitoplásmica (ICSI). Esto se debe a que se ha comprobado que la viabilidad del óvulo congelado dificulta la reproducción si ésta se realiza por

fertilización in vitro. Por ello recomiendan la utilización de inyección intracitoplasmática para fertilizar los óvulos. Por lo tanto, en el caso de la "congelación social", se produce la paradoja al emplear técnicas de fertilización asistida de alta complejidad in vitro para parejas o mujeres solteras que no son necesariamente infértiles. En particular, el uso de ICSI, al emplearse independientemente de la etiología del factor masculino, que es el principal requisito previo para la aplicación de esta técnica. (Simopoulou & al, 2018)

Estas mujeres fértiles que deciden vitrificar sus óvulos se encontrarán, entonces, expuestas a los riesgos de la técnica, las que incluyen embarazos múltiples, presión arterial alta relacionada con el embarazo, parto prematuro y bebés con bajo peso.

#### **2.4.1- Tasas de éxito**

Los datos a los que se acceden indican que la tasa de embarazo clínico por ovocito vitrificado y descongelado de mujeres menores de 30 años es de 4.5 a 12 %, las tasas disminuyen con la edad de la mujer al momento de la extracción. La ASRM estima que la tasa de nacimientos vivos es del 2% al 12% para las mujeres menores de 38 años (Technology A. R., 2017), lo cual indica que el congelar óvulos no garantiza el nacimiento de un hijo y puede producir una falsa seguridad al intentar un embarazo después de mucho tiempo, sin considerar los riesgos médicos- si bien dependen del estado previo de salud, tienen un mayor riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, parto por cesárea- y consecuencias psicosociales de tener un hijo a edad avanzada.

La Sociedad Española de Fertilidad (SEF), en su Grupo de Preservación de la Fertilidad, publicó que la eficiencia por óvulo descongelado en mujeres mayores de 37 años era de un 5%, aconsejando congelar un mínimo de ocho óvulos y comentando que: *“El propio término ” preservación ” sugiere una certeza que va más allá de lo que realmente podemos ofrecer”*<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> [www.sefertilidad.net](http://www.sefertilidad.net)

Un estudio realizado en E.E. U.U. en relación con la utilización posterior de los ovocitos vitrificados y sus resultados, indicaron que solo la mitad de las mujeres los utilizaron con posterioridad. El estudio fue de cohorte retrospectivo con 140 mujeres a quienes se les ofreció el tratamiento, el 61,4 % completó el ciclo de vitrificación con una edad media de 36,7 cuyos motivos de preservación de ovocitos fueron sociales y no terapéuticos entre 2009-2011. El estudio proporciona información sobre el importante aspecto psicológico de la tranquilidad asociada con el acto preventivo de vitrificar ovocitos, combinada con la menor intención de utilizar los óvulos. Cuando un año después de preservar sus ovocitos fueron consultadas, el 50,8 % de las mujeres respondieron que usarían los ovocitos en algún momento, mientras que consultadas tres años después el 29.2% consideraron que el uso de ovocitos congelados lo ven menos probable de lo previsto en el momento de la recuperación de los ovocitos. Sin embargo, esto no podría ser explicado por una disminución del deseo de tener hijos, pero si atribuido a un exceso de optimismo de poder engendrar de manera natural avanzadas en edad, lo cual no condice con el haberse sometido a un tratamiento preventivo. (Stoop & E. Maes, 2015)

Las tasas de éxito van a variar dependiendo de la edad y la cantidad de ovocitos congelados. Según datos de 2016 del Centro de Ciencias Reproductivas de Fertilidad Shady Grove, una institución estadounidense de referencia mundial, estas son las probabilidades de éxito: Una mujer de 41-42 años, con 10 ovocitos congelados, tiene 25% de posibilidades de tener al menos un hijo con ese grupo de ovocitos y apenas un 5% de poder llegar a tener dos hijos con esa "cohorte" de ovocitos congelados. (BBC, 2016)

Otro dato estadístico llevado adelante por IVI Buenos Aires, a partir del análisis de 1400 pacientes, registró una tasa de éxito en mujeres menores de 35 años que preservaron 10 óvulos, la probabilidad de tener un "hijo nacido vivo" es del 60%. Si preservaron 5 óvulos, las posibilidades descienden al 15,4%. En las mayores de 36, si congelaron 10 óvulos, la probabilidad es de 30%. Con cinco óvulos, las chances caen hasta el 5%.

Gustavo Botti, presidente de SAMER sostiene que mientras que la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva considera los 29 años como la edad óptima para congelar óvulos, las argentinas lo hacen, en promedio, a los 38 años y medio. Aclara que entre 2013 y 2016, las vitrificaciones por motivos sociales -no por causas oncológicas o medicaciones que afecten a futuro el embarazo, que lo cubren las obra sociales y prepagas- pasaron del 3 al 5%. (Vexcler, 2018)

#### **2.4.2- Relevamiento de la información disponible a nivel mundial y regional**

La Sociedad Internacional de Barcelona para la Preservación de la Fertilidad – ESHRE – ASRM, realizó una reunión de expertos en septiembre de 2017 para trabajar acerca de la preservación de la fertilidad. Entre las conclusiones merecen destacarse que las técnicas de preservación de la fertilidad se han adoptado ampliamente durante la última década y, por lo tanto, se recomienda encarecidamente el establecimiento de registros internacionales sobre sus resultados a corto y largo plazo. (ESHRE-ASRM, 2017)

En España se registraron más de 3.500 mujeres que vitrificaron sus óvulos en 2014, según datos de la Sociedad Española de Fertilidad, y en el Reino Unido 816, según la autoridad que regula la industria en ese país -HFEA, por su sigla en inglés-. Los datos del Instituto Valenciano de Fertilidad (IVI), una clínica privada con sucursales en Europa, América Latina y Medio Oriente, reportan un aumento del 256% en los últimos cinco años. (Rosendo, 2017)

Recientemente, la revista Human Reproduction, publicó un estudio liderado por la doctora Ana Cobo, directora de Unidad de Criobiología del Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI), titulado: “Conservación electiva y onco-fertilidad: factores relacionados con los resultados de la FIV”, el estudio se llevó a cabo en las diferentes clínicas y sucursales del instituto y se trata de un estudio retrospectivo (2007-2017) sobre un total de 6.332 mujeres integrado en un 83,5% por mujeres que optaron por una preservación electiva de la fertilidad y un 16,5% que lo hicieron por motivos oncológicos. De estas pacientes, aproximadamente 700 regresaron para

intentar ser madres, dando lugar al nacimiento de 162 bebés fruto de la preservación por motivos sociales y 25 bebés tras superar sus madres un cáncer.<sup>26</sup> Además, el trabajo mostró un crecimiento en la implementación de la técnica por motivos sociales, que en poco más de 10 años aumentó en un 18%, pasando a suponer de un 2% a un 22% del total de tratamientos realizados en la clínica. La especialista considera que, aunque las tasas de retorno siguen siendo bajas, con cerca de un 15% en la preservación social y aproximadamente 10% en la oncológica, lo cierto es que esta técnica experimentó un crecimiento exponencial en los últimos años y se prevé que siga la misma tendencia en los años venideros, lo cual exige un estudio detallado y profundidad de sus implicaciones, no sólo médicas, sino también sociales. (ESHRE, 2018)

Latinoamérica es una región heterogénea cuya comparación entre países requeriría de un análisis estratificado<sup>27</sup>. La dificultad para obtener información estadística de la región respecto a la cantidad de mujeres que optan por las técnicas de reproducción se debe a que en un primer momento no existía la obligación de registrar los resultados y complicaciones de las TRA. En el año 1990 se estableció el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA), el primer registro voluntario y multinacional del mundo. A pesar de su carácter voluntario, reporta más del 90% de las técnicas de reproducción asistida realizada anualmente. La gran mayoría de los centros son privados y competitivos, de modo que hay cierta desconfianza en compartir información, razón por la que se implementaron mecanismos en resguardo de la confidencialidad de la información almacenada. La información recabada correspondiente al año 2019 registra un aumento exponencial de 1990-2016 de los ciclos iniciados de

---

<sup>26</sup> Véase gráfico n°1 en anexo

<sup>27</sup> Para acceder a la información acerca de las características demográficas en relación con las mujeres que se someten a procedimientos de vitrificación en nuestra región se realizó una búsqueda en Google scholar, Medline Pubmed y otras páginas de internet, los datos recuperados son escasos, sin dar cuenta de la tasa de recuperación ni del éxito de los procedimientos de preservación de la fertilidad.

reproducción asistida y el considerable aumento de los centros, pero no especifican los tratamientos para la vitrificación de óvulos.<sup>28</sup> (RLA, 2019)

El médico especialista en fertilidad Fernando Neuspiller sostiene que la maternidad tardía es una realidad a nivel mundial, Estados Unidos ocupa el primer puesto entre los países donde más óvulos se congelan y en Latinoamérica Brasil registra la mayor cantidad de casos (Vexler, 2018).

La Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER) indica que entre 2003-2009 hubo un incremento del 9% a un 41% en las consultas de las mujeres mayores de 40 años en la demanda de preservación de la fertilidad. (Wyndham N. M., s.f.)

En nuestro país en la ciudad de Buenos Aires se llevó a cabo en el Hospital Italiano un estudio retrospectivo que abarco el período 2014-2016 de las mujeres que optaron por la vitrificación de óvulos. Algunas de las conclusiones a las que se llegó es que la edad de consulta es entre los 36-39 años, en su gran mayoría solteras y profesionales. Si bien, la demanda ha aumentado considerablemente, al momento de la consulta muchas de ellas tienen ya comprometida su reserva ovárica. (Wyndham N. M., s.f.)

#### **2.4.3- Narrativa de la vitrificación de óvulos**

En el New York Times del mes de noviembre de 2018, Susan Herzberg, presidenta de Prelude Fertility, una red de clínicas estadounidenses expresó que la preservación de la fertilidad “antes atraía sobre todo a mujeres a finales de sus treinta”, ahora el mercado atrae a mujeres más jóvenes, en parte gracias a cambios en el marketing y la promoción de las técnicas.

“Me han contactado padres que tienen hijas adolescentes o que están en la universidad y que ven en la congelación un posible regalo”, dijo Valerie Landis en su blog Eggsperience

---

<sup>28</sup> Véase gráfico n°2 en anexo

Varias empresas planean campañas de radio, televisión, medios impresos y redes sociales para publicitar estos mensajes; en una mezcla de tonos amistosos y, a veces, alarmistas sobre “Congela tu futuro” o “los óvulos son un recurso no renovable”. Casi todos los lemas son acompañados por imágenes de mujeres jóvenes, blancas, de clase media-alta.

La nota continúa, diciendo que: en algunas clínicas incluso han realizado fiestas congeladas en las que reparten champaña y canapés junto con la información. Otras hablan del procedimiento en cuentas de Instagram y una clínica en Nueva York, Kindbody, incluso ha invitado a clientas potenciales a abordar un autobús donde hacen pruebas hormonales.

La búsqueda realizada a través de la web respecto a la vitrificación de óvulos en nuestro país transmite los siguientes mensajes:<sup>29</sup>

*La congelación de óvulos a una edad donde las posibilidades de lograr el embarazo son óptimas, permite sostener el deseo de ser madres, como si el tiempo no avanzara.*<sup>30</sup>

*Con un procedimiento muy simple podés poner el tiempo de tu lado y tener la libertad de hacerlo cuando estés preparada*<sup>31</sup>

*Extiende tu fertilidad y desarrolla tu vida sin límites*<sup>32</sup>

Asimismo, la búsqueda de información respecto a los costos de los tratamientos exigía asistir a una consulta médica, razón por la cual el acceso a esos datos se recopiló a través de informes de notas periodísticas.

En noviembre de 2018, el diario Clarín publicó una nota en la que decía: Aparecieron las ofertas: hoy, el sector ofrece desde 2x1 si se congelan óvulos junto a una amiga o una hermana hasta cuotas sin interés y promociones de descuento del 20%. El valor ahora es de \$ 54 mil, un 10% más por el efecto directo de la corrida del dólar. A eso hay que agregarle la medicación,

---

<sup>29</sup> Véase infografía n°1 en anexo

<sup>30</sup> <https://seremas.com/>

<sup>31</sup> [https://cegyr.com/preservarte/?](https://cegyr.com/preservarte/)

<sup>32</sup> <http://genaden.com/congelamiento-de-ovulos>

con un precio actualizado de entre 35 y 49 mil pesos, y el mantenimiento, de 100 a 200 dólares por año según la clínica. El precio, a veces, también varía en relación con la cantidad de óvulos a preservar. Si se tiene más de 35 años, se aconseja guardar al menos 10 óvulos. Esto quiere decir que, si en la primera estimulación para ovular no se obtiene esa decena, lo ideal es repetir el procedimiento hasta llegar a 10. Eso es igual a pagar la medicación de nuevo y un complemento de la preservación, que vale la mitad del tratamiento. (Vexler,2018)

De la información recabada podemos inferir que hay relación directa entre la comunicación de los tratamientos y un producto a consumir.

Un trabajo realizado acerca de la importancia de la comunicación externa como instrumento estratégico de investigación para la difusión de los tratamientos de fertilidad de los centros de reproducción asistida, hizo posible observar que la forma en la que los centros de fertilidad comunican los tratamientos de reproducción asistida responde a una modalidad de venta de producto para consumo. (Derderian, 2019)

La indicación clínica del congelamiento de ovocitos por razones no terapéuticas se fundamenta en la autonomía reproductiva de la mujer y la ventaja que ofrece el resguardo de los ovocitos principalmente ante el avance de la edad - tema que será bordado en el siguiente capítulo-. (SAMER, 2017) Sin embargo, la vitrificación de óvulos en mujeres sanas como “seguro” contra la infertilidad sin la adecuada información sobre los resultados y los posibles riesgos, parece estar más del lado de la explotación comercial socavando la autonomía que del lado de la libertad reproductiva.

Cabe preguntarse si la publicidad como creadora de una narrativa que se impone está generando expectativas poco realistas acerca de las probabilidades objetivas de éxito, y de esta manera vulnerando a las mujeres que se exponen al tratamiento. Mas aún, cómo hemos visto no se tienen suficientes datos ni registros específicos para saber con certeza cual es la tasa de

natalidad de óvulos vitrificados en especial por mujeres mayores de 35 años que son quienes más hacen uso de la técnica.

Si estas mujeres creen estar comprando un "seguro" contra la infertilidad relacionada con la edad, pueden estar actuando por desesperación – aumentada por la presión social que aún recae sobre ellas- y la desinformación – profundizada por el marketing- que podría ir contra sus propios intereses.

Karey Harwood propone medidas regulatorias para frenar la posible explotación comercial que podría incluir advertencias y la inclusión de las tasas de éxito de la FIV utilizando óvulos vitrificados en el Informe anual con fácil acceso, una limitación en el número de ciclos de recuperación de óvulos de una mujer para preservar, una limitación en el costo del proceso de recuperación y almacenamiento junto con las tarifas, e incluso un límite de edad para de admisión para la preservación de óvulos. (Harwood K. , 2007)

## Capítulo III

*“Una sociedad que tiende a la satisfacción de las necesidades, inquietudes y deseos, da lugar a que la medicalización se consolide” (Lipovetsky, 2012).*

- 3.1-El cuerpo intervenido
- 3.2-La medicalización de la reproducción asistida
- 3.3-El concepto de autonomía y la bioética feminista
- 3.4-Las técnicas de reproducción asistida desde la mirada feminismo.

### **3.1- El cuerpo intervenido**

Desde la mitad del siglo XX, los desarrollos biomédicos intervienen sobre el cuerpo humano no sólo por razones curativas y paliativas sino también predictivas y transformadoras. Las sociedades pluralistas y multiculturales exigen el respeto por la autonomía y los profesionales de la salud son interpelados por deseos que en ocasiones no responden a la necesidad de mantener la salud, aliviar el sufrimiento y curar. Los avances biotecnológicos han aumentado con mayores posibilidades de intervención sobre la vida de los seres humanos con los efectos sociales que esto acarrea y con dilemas éticos y morales que obligan a reflexionar sobre la toma de decisiones. Las nuevas tecnologías provocan transformaciones culturales y simbólicas en las sociedades y es un desafío resolver la tensión que se produce entre lo deseable, lo correcto técnicamente, lo posible y lo adecuado éticamente.

El cuerpo ha sido estudiado durante siglos por diferentes disciplinas y han demostrado hasta qué punto están implicados los procesos históricos en la concepción que se tiene del cuerpo. El cuerpo está inmerso en el campo político, es afectado por las relaciones de poder y de dominación. Foucault considera que el cuerpo se transforma en fuerza útil en tanto es cuerpo

productivo y cuerpo sometido. Pero dicho sometimiento no se ejerce por la violencia, puede ser mucho más sutil, se puede generar un saber del cuerpo que constituye lo que se da en llamar la tecnología política del cuerpo.<sup>33</sup> El poder, a su vez, no opera como una obligación ni tampoco como una prohibición, las relaciones de poder se dan en el entramado social y no se limitan a reproducirse al nivel de los individuos, de los cuerpos. Es así como los sujetos interiorizan las conductas de integración y de exclusión que se adecúan a los mecanismos de dominio. Es en este sentido que los aparatos normalizadores de poder disciplinario van mucho más allá de las instituciones sociales, se encarnan en cada uno de nosotros. La obra de Foucault refiere al biopoder<sup>34</sup> como una forma de poder que regula la vida social desde su interior, siguiéndola, interpretándola, absorbiéndola y rearticulándola. (Foucault, 2014) Para lograr un poder efectivo debe llegar a constituirse como voluntario, que cada individuo lo apoye, que se instale en los cuerpos y en las conciencias. La sociedad de control está definida por las tecnologías siendo las sociedades la esfera de influencia del biopoder (Crocì, 2011).

Es interesante como el ejercicio del poder no es bajo coacción, sino que se asienta sobre la libertad. Logrando el poder absoluto cuando libertad y sometimiento coincidan del todo. Han Byung-Chul<sup>35</sup> nos dice que el poder es elocuente, articula al mundo nombrando las cosas y determinando su para qué y su hacia dónde. (Byung-Chul, 2017)

La aparición de las biopolíticas tuvo como objetivo organizar la vida, cultivarla. Protegerla, garantizarla, multiplicarla y regularla, encuadrando la vida en un formato preestablecido y

---

<sup>33</sup> "El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. Una "anatomía política", que es igualmente una "mecánica del poder" está naciendo; define cómo se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos 'dóciles'". Michel Foucault "Vigilar y Castigar" Pág. 141

<sup>34</sup> Biopoder es un término originalmente acuñado por el filósofo francés Michel Foucault para referirse a la práctica de los estados modernos de "explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población".

<sup>35</sup> Byung-Chul Han o Pyong-Chol Han ( Seúl, 1959) es un profesor, autor, filósofo y ensayista surcoreano. Experto en estudios culturales y profesor de la Universidad de las Artes de Berlín. Escribe en alemán y está considerado como uno de los filósofos más destacados del pensamiento contemporáneo por su crítica al capitalismo, la sociedad del trabajo, la tecnología y la hipertransparencia

definido como normal. Se comenzó a administrar la vida, la natalidad, la mortalidad, la procreación, la lactancia, las incapacidades físicas, entre otras. La ejecución de estas biopolíticas fue posible a partir del avance del conocimiento científico, con el objetivo de dominar el azar, estableciendo los mecanismos necesarios para prevenir, evitar, regular la vida. Actualmente el control no está en manos de los Estados y sus instituciones, sino del mercado, produciendo sujetos consumidores. Con el apoyo del marketing se construyen cuerpos y modos de ser adecuados a la sociedad. (Crocì, 2011)

En este contexto, la medicina se configuró en un poder de incidencia no sólo sobre los cuerpos individuales sino también sobre las poblaciones, regulando y disciplinando la vida.

La búsqueda de soluciones técnicas para el alma, para el cuerpo, privilegian los resultados rápidos, tangibles y mensurables, de modo tal que los consumidores tengan siempre a disposición una gama de servicios de la que puedan elegir. Provocando lo que Paula Sibilia<sup>36</sup> da en llamar la privatización del destino dónde la salud se convierte en un capital que los individuos deben administrar, eligiendo hábitos de vida y haciendo inversiones convenientes, es un tipo de auto vigilancia que implica luchar contra el propio destino, superando la propia configuración biológica (Sibilia, 2013).

### **3.2- La medicalización de la reproducción humana**

La medicalización de la vida ha generado críticas que se sustentan en que muchas de las intervenciones sanitarias aportan mínimos beneficios y a menudo estos son inferiores a los riesgos o costes que suponen, sin que el pensamiento médico lo relacione con iatrogenia social<sup>37</sup>. (Ilich, 2006)

---

<sup>36</sup> Sibila, Paula. (Argentina, 1967) es antropóloga y docente que se dedica al ensayo e investigación, vive en Río de Janeiro, Brasil. Su producción ensayística se basa en la investigación de temas culturales contemporáneos bajo la perspectiva genealógica, centrándose en las relaciones entre cuerpos, subjetividades, tecnologías y manifestaciones mediáticas o artísticas.

<sup>37</sup> Ilich habla de iatrogénesis social cuando el daño médico a la salud individual se produce por un modo sociopolítico de transmisión. El término designa todas las lesiones a la salud que se deben precisamente a las

El ejercicio de la biopolítica<sup>38</sup> por parte de la medicina se ubica en los primeros años de la Edad Moderna al iniciarse el proceso de medicalización de la población como un modo de administrar vidas y cuerpos, cuestiones que se han ido perfeccionando en las últimas décadas con el avance de la tecnología. Foucault consideraba a las tecnologías como un poder dirigido a la vida -biopoder- al modelarla y administrarla de modo sutil, a tal punto que el sector sanitario se ha ido transformando en una institución de control. (Croci, 2011)

Desde los años ochenta la medicalización de la vida ha generado críticas, a esto se suma que cada vez más la información sobre la salud se vehiculiza a través de los medios de comunicación configurando expectativas en ocasiones desmedidas sobre los beneficios de un tratamiento o una medicación.<sup>39</sup> De este modo contribuyen a generar un concepto erróneo sobre la biomedicina al no incorporar en sus contenidos términos como incertidumbre o limitaciones.

La periodista Lyn Payer en 1992 acuñó -en su libro *Promotores de enfermedades, lo que hacen los médicos, las compañías farmacéuticas y aseguradoras para que se sienta usted enfermo*- el término “*disease monge rings*”, “*promoción de enfermedades*” en el que se considera síntoma a cualquier anomalía y se crea para ello un tratamiento. La autora considera que hay cinco estrategias para generarlas: Redefinir y aumentar la prevalencia de enfermedades, promocionar el tratamiento de problemas leves como indicios de enfermedades más graves, transformar los riesgos en enfermedades, aumentar la preocupación sobre futuras enfermedades en poblaciones sanas, convertir los problemas personales y sociales en trastornos

---

transformaciones socioeconómicas que han sido hechas atrayentes, posibles o necesarias por la forma institucional que ha adquirido la asistencia a la salud. (Ilich,1978)

<sup>38</sup> Las primeras y esporádicas apariciones del concepto de biopolítica en la obra de M. Foucault se remontan al ciclo de conferencias dictadas en 1974 en la Universidad Estatal de Río de Janeiro. En aquel momento, el pensador inscribía la biopolítica en el marco de la sociedad capitalista para la cual “...lo que importa, ante todo, [es] lo biológico, lo somático, lo corporal.” Ya entonces advertía el rol estratégico de la medicina y analizaba en términos de bio-historia la incidencia de su intervención sobre la especie humana. A su entender, “...la historia de la especie humana no permanece indiferente a la medicalización.”

<sup>39</sup> A modo de ejemplo: “Cuando congelas tus óvulos, no sólo estás preservando tu fertilidad, también estás asegurando el control de tu futuro reproductivo sin la necesidad de esperar la aprobación de otra persona”. [https://hubs.ly/H0dD\\_2f0](https://hubs.ly/H0dD_2f0)

de salud diagnosticables y con necesidad de tratamiento. Sin duda, esta perspectiva sobre la salud- enfermedad, acarrea cuestiones éticas y repercusiones en la salud pública. (Payer, 1992)

En este contexto es necesario analizar cuál es el lugar que le ha dado la medicina, al cuerpo femenino en particular y sus efectos en relación con la reproducción humana.

Históricamente se ha señalado a la mujer por su naturaleza enfermiza y se ha considerado como patológicos o no, desde ciertos comportamientos psíquicos hasta algún rol social, que da cuenta de una mirada androcéntrica basada en estereotipos culturales y psicológicos de género.

La progresiva medicalización de la maternidad pone en evidencia el control que se ejerce sobre la conducta de las mujeres. Es así como los profesionales de la salud, en especial el ginecólogo se refiere a la mujer desde el lugar de la enferma en relación con la menstruación, la menopausia, el embarazo.

La medicina reproductiva ejerce control en particular sobre el cuerpo reproductor femenino que resulta ser el más disociado, perdiendo su unicidad e individualidad. Las TRA se inscriben como parte del proceso normalizador de medicalización que genera la demanda de tratamiento, a la vez que, el lenguaje creado por médicos y medios de comunicación intenta mitigar la severidad de dichas prácticas. El auge de las TRA da cuenta de una sinergia entre oferta y demanda, en un contexto social, político y económico que ha influenciado en las mismas. (Laboire, 1992)

Al momento de implementar estas técnicas en el cuerpo de las mujeres, queda en evidencia la asimetría respecto al costo en el cuerpo de los hombres. En esta línea el director de Androgen<sup>40</sup> - centro español de infertilidad masculina- considera que es posible diagnosticar y tratar la esterilidad masculina en un 75%. Sin embargo, en un comienzo los especialistas autorizados en la aplicación de estas técnicas eran solo biólogos y ginecólogos, quedando por fuera los andrólogos y urólogos. Es decir, dejaban por fuera la problemática vinculada al

---

<sup>40</sup> [http:// www. Androgen.es/consulta](http://www.Androgen.es/consulta). HTML.

hombre y si bien hoy se incluye la consulta a profesionales especializados en las problemáticas físicas por parte del varón, la solución se sigue centrando en la mujer.

Florencia Santi<sup>41</sup> en su texto *“Cuerpos normales, cuerpos funcionales: técnicas de reproducción asistida”*, se interroga qué concepción del cuerpo y de "normalidad" subyace en la implementación de las TRA. La autora sostiene que en los casos de infertilidad el equipo de profesionales toma al cuerpo escindido del sujeto, a modo de una repetición cartesiana. (Santi F. , 2007)

Las TRA no intentaron resolver el problema de esterilidad sino la ausencia de hijos y es el cuerpo femenino el escenario propicio para intervenir. Se trata de obviar el problema que ha dado origen a la dificultad y mediante el uso de la tecnología poner el énfasis en lo orgánico-fisiológico sin dar solución al problema, aun siendo este, orgánico, ambiental o emocional.

Hasta que no surgieron las TRA la esterilidad no se presentaba como un problema importante. Al ubicar a la esterilidad como un problema de la dimensión puramente orgánica y fisiológica quedo restringida al área de la medicina, sin embargo, las técnicas no actúan sobre la esterilidad, muy por el contrario, la vuelven irrelevante. De modo tal que las TRA son adecuadas para todo tipo de esterilidad, ya sea que su causa sea masculina- cuando la disfunción se localiza en el cuerpo del varón-, femenina – cuando la disfunción se localiza en el cuerpo de la mujer-, mixta -cuando se localiza en ambos-o indeterminada- cuando existe causa orgánica pero no se la ha detectado-.

En la infertilidad se pone de manifiesto lo que se ha dado en llamar el “deseo de hijo”, sin embargo, la tecnología se limita a explotar una demanda, con total desconocimiento de las implicancias del deseo. La persona se dirige a un médico, hace una consulta con un especialista, donde justamente queda por fuera el sujeto y sus deseos inconscientes. Sin embargo, cuando

---

<sup>41</sup> Santi, Florencia. Doctora en Filosofía (UBA). Magíster y Especialista en Ciencia Política y Sociología (FLACSO). Profesora en Filosofía (UBA)

se le da la palabra y se escucha al sujeto implicado en la esterilidad, se revela como un decir y no sólo como un estado biológico del cuerpo.

*La medicina del deseo les imputa a los sujetos un deseo allí, donde para colmo, solo muestran demanda, reprimiendo por otra parte el hecho de que el destinatario de la demanda es el mismo que hace la oferta (Tort M. , 1994).*

Es así como la infertilidad puede situarse en una encrucijada mucho más compleja que lo que propone la tecnología como parche y que ha generado efectos en el ámbito científico y en especial, en las parejas, en los niños y en el cuerpo social.

Las mujeres al medicalizar su cuerpo para la reproducción ingresan en una carrera en la que toda su vida queda entre paréntesis para abocarse al tratamiento médico dejando de lado su subjetividad.<sup>42</sup> Claramente el saber médico deja por fuera todo aquello que no es de su competencia: lo psíquico.

Los límites entre demanda de un hijo y esterilidad médica no están claros. La demanda de hijo es del orden de la subjetividad y la medicina da una respuesta somática a la cuestión. En ocasiones se banaliza el proceso, encubriendo una pregunta que el sujeto no termina de desplegar, la tecnología taponar, sin mediar cuestionamiento alguno, ni alternativas posibles. El efecto de la técnica sobre el sujeto ha provocado un aumento de la infecundidad, denominado por la psicoanalista francesa Marie Magdalene Chatel como efecto iatrogénico, convirtiéndose la infertilidad en un verdadero síntoma de la época. (Chatel, 2004)

En los últimos años ha surgido un nuevo modelo de fecundidad con un claro cambio de patrones de comportamiento reproductor, las mujeres planifican su vida de modo tal de no seguir el modelo tradicional del matrimonio y la maternidad, es un retraso consciente y deliberado al priorizar sus proyectos de vida sostenidos en el crecimiento profesional y

---

<sup>42</sup> El cine visibiliza este punto en la película "Vida privada" (2018) de la directora Tamara Jenkins, en que una escritora llamada Rachel y su marido Richard buscan tener un hijo, pero las probabilidades se reducen al tener ella más de cuarenta años. La desesperación llega a sus vidas y se exponen a diversos métodos de fertilidad.

personal. Sin embargo, a pesar de que las causas se pueden encuadrar dentro del ámbito social la solución se orienta hacia la tecnología. Se desdibujan las causas que generan el retraso vinculado estrechamente con la precarización de las condiciones laborales y la desigualdad de género. Es así como la supuesta libertad de acción se transforma en una encerrona trágica donde el reloj biológico -como ya hemos dicho la fertilidad disminuye a partir de los 35 años debido a la reducción de la reserva ovárica- deja como solución el recurrir a la oferta tecnológica de las TRA. El problema de referencia tiene sus raíces en factores sociales en los que, si bien se ha modificado el modelo tradicional de división sexual del trabajo en la familia, aun es insuficiente. Así también las mujeres han reivindicado su autonomía y la igualdad entre los sexos, pero a menudo quedan apegadas a los papeles tradicionales. De modo tal que la mujer continúa ocupándose del ámbito de lo privado, aun cuando se desempeñe en las áreas profesionales y laborales, siendo en ocasiones ellas mismas quienes se resisten a correrse de esos espacios y no les resulta sencillo asumir los nuevos modelos.

En ocasiones, postergar la reproducción genera un sentimiento de culpa en algunas mujeres y es aquí donde la medicina parece venir a redimirlas, proponiendo soluciones biomédicas. Al decir de Ana Martí Gual<sup>43</sup> recae sobre las mujeres, sobre sus ritmos biológicos, las soluciones de ajustes a las necesidades del sistema social. Es más sencillo esto que intentar modificar las reglas del mercado laboral en una dirección más justa y equitativa. Se escurre entre los dedos la reivindicación de cambios sociales y en su lugar la tecnología viene a brindar la solución. (Martí Gual, 2011)

Otro punto para considerar es el que Anne Donchin referente de la Bioética feminista, explora en relación con las estructuras políticas y sociales en las que está inmersa la industria de la reproducción asistida. Con buen criterio sostiene, que las políticas sanitarias no trabajan

---

<sup>43</sup> Martí Gual, Ana. Doctora por la Universidad Jaume I de Castellón y Licenciada en Sociología y Ciencias Políticas por la Universidad Complutense de Madrid.

con el objetivo de reducir las tasas de infertilidad. La insuficiencia en la atención sanitaria, los abortos inseguros, las infecciones pélvicas mal diagnosticadas y las deficiencias nutricionales que en países no desarrollados son causa de infertilidad en las mujeres de lugares pobres. Mientras que en mujeres con mayor acceso a la educación y a los bienes la causa de infertilidad es debido a la maternidad tardía, al daño provocado en el aparato reproductor a causa de los excesos de anticonceptivos e incluso por las toxinas ambientales y laborales en las grandes ciudades. En ninguna de estas situaciones que dan origen a la infertilidad tanto en países ricos como pobres, se han generado políticas públicas para evitar el flagelo. La autora considera que los organismos reguladores se inclinan a responder a los intereses de grupo más que a las necesidades sanitarias de las personas involucradas. Sostiene que: 1) los pacientes deberían acceder a una información completa sobre sus opciones 2) el Estado debería invertir en identificar y controlar las causas que generan infertilidad para bajar las tasas 3) las respuestas ante los avances de la tecnología en reproducción asistida, perpetúa el binomio mujer-madre manteniendo las estructuras sociales establecidas. Así mismo, las técnicas en algunos casos aseguran una maternidad diferida. (Donchin, 2011)

Muchas mujeres que visibilizan las modificaciones en la reproducción humana tienen como principal preocupación, la retórica de la medicina reproductiva, que consolida el concepto de que la mujer logra la plenitud cuando ha llegado a ser madre. Tienen como objetivo transformar las políticas públicas para que tengan en consideración las alianzas que se producen entre los sectores de poder y que generan la naturalización de los procesos tecnológicos sin resolver la problemática subyacente.

Las mujeres siguen siendo presionadas para ejercer la maternidad a cualquier costo como un objetivo a cumplir, sin cuestionarse si realmente es una elección personal o una exigencia social, como es el caso de “preservar” la fertilidad por causas no terapéuticas. El avance de la tecnología ha contribuido a reproducir la desigualdad en las relaciones de género, desde sus

inicios ha determinado los objetivos, las finalidades de estos, y los temas de investigación desde una perspectiva androcéntrica.

### **3.3- El concepto de autonomía y la bioética feminista**

Las técnicas de reproducción asistida han modificado tanto los vínculos como las prácticas sociales. Para poder analizar las controversias éticas que plantea la intervención de la tecnología en los procesos de reproducción es pertinente examinar el aporte que el pensamiento feminista le dio a la Bioética, como así también explorar en el concepto de autonomía.

#### **3.3.1-Aportes del feminismo a la Bioética.**

Abordar algunos aportes que ha realizado el feminismo nos ayudará a analizar como la capacidad biológica de las mujeres se ha transformado en un imperativo y cómo la tecnología colabora en la consolidación de un poder sexista.

Se entiende por feminismo tanto a la corriente teórico-filosófica, la cual formula sus bases y elabora su teoría, como al movimiento socio-político global que, al ser un fenómeno colectivo histórico, plantea de manera organizada las denuncias de opresión y las demandas de reivindicación de las mujeres.

El feminismo se basa en la idea de que, a nivel mundial y a lo largo de la historia, las mujeres -a causa de su género- han sido y siguen siendo objeto de opresión por parte de los varones. Sostiene que son perjudicadas por una desigualdad —económica, laboral, política, jurídica, social, emocional e ideológica— que resulta en beneficio del varón, de manera más o menos manifiesta. (Moreira G. &, 2016)

El movimiento feminista se considera un proceso emancipador de la humanidad, articulado a otros desarrollos históricos similares, de los cuales se nutrió y ayudó a estructurar mediante sus teorías y sus prácticas particulares. Por un lado, denuncia las situaciones de inequidad o injusticia sufridas por las mujeres. Por otro, arenga a la sociedad hacia la toma de conciencia

de esta situación, intenta visibilizarla, problematizarla y remediarla, al promover medidas concretas y políticas de equidad de género —tanto a nivel estatal como de organizaciones no gubernamentales—. Impulsa un cambio en las configuraciones sociales tendiente a la abolición de las jerarquías y de las desigualdades entre los sexos. (ibid., 176)

En tanto cuerpo teórico, el feminismo no es un constructo homogéneo, ni siquiera un conjunto cerrado de ideas: está conformado por una gran cantidad de teorías que representan a muchos sectores de la sociedad, a distintas líneas teóricas dentro del mismo movimiento y a corrientes internas plurales, no siempre convergentes. Sin embargo, todas tienen en común el haber surgido a partir de la concientización, el análisis y el estudio de la condición de las mujeres en todos los órdenes de la sociedad, ya sea en sus ámbitos domésticos y educativos como laborales, civiles, políticos, entre otros. A partir de este movimiento socio-intelectual, surgieron más adelante los estudios académicos de género —comenzando por los Estudios de la Mujer— de los cuales, sin embargo, el feminismo se diferencia principalmente en su voluntad reivindicatoria y su toma de posición estratégica para la consecución de sus fines libertarios.

Con la participación de las mujeres en ámbitos específicos del Estado, se institucionalizó el movimiento; con la conquista de los ámbitos académicos, el feminismo complejizó sus reflexiones, investigó con mayor rigurosidad teórica y construyó tesis. Es así como la emancipación de las mujeres se incluye en la agenda pública desde mediados de los años 70'. Algunos críticos afirman que con la institucionalización del movimiento feminista se perdió potencia, sin embargo, podríamos pensar que se trata de un nuevo tiempo, cuya pujanza se focalizó en otros ámbitos: luego de ganar la calle el feminismo conquistó espacios estatales, sociales y académicos que le brindaron legitimación y un marco conceptual. (Moreira G. &, 2016)

Aun así, la inequidad de género perdura en las más diversas culturas, no podemos referirnos a la situación de la mujer de un modo universal u homogéneo.

Fueron los movimientos feministas los que han colaborado para que el organizador de la sexualidad femenina no siga siendo exclusivamente la maternidad. El binomio mujer-madre comenzó paulatinamente a perder consistencia. A pesar de ello, en ocasiones son las mismas mujeres quienes no logran ceder la exclusividad de sus lugares de crianza. En este sentido, como decía Mary Wollstonecraft<sup>44</sup> hace más de dos siglos, *“las mujeres parecieran dedicarse más a lustrar sus cadenas que a tratar de sacudírselas”*. Resulta difícil dejar de pensar los hijos como propiedad y ceder la identidad que ello les aporta. Badinter<sup>45</sup> sostiene que la actitud de la mujer respecto de la implicación paterna en la crianza de los hijos no se va a modificar significativamente hasta tanto la sociedad en su conjunto no haya instaurado un nuevo modelo de distribución de poderes entre hombres y mujeres. (Nudler, 2005)

Podemos señalar como objetivos de la segunda ola feminista el alcanzar la igualdad económica con el varón, el reconocimiento del trabajo doméstico, el derecho al aborto, la discusión sobre la perspectiva biológica que plantea como “natural” la maternidad, y la emancipación de la mujer de la hegemonía masculina.

Si bien han sido muchos los avances en relación con la equidad de género de las distintas olas del feminismo, aun en la actualidad persiste en la sociedad cierta jerarquía de roles a favor del hombre, la que incluso solapadamente discrimina a la mujer. En teoría, mujeres y hombres tienen iguales derechos; sin embargo, en lo cotidiano, aun padecen, debido a su género, abusos laborales, económicos, de sometimientos sexuales y situaciones de violencia. Se siguen observando posiciones desventajosas de la mujer tanto en el plano laboral<sup>46</sup> como doméstico, privado como público. (Amorós, 1997)

---

<sup>44</sup>Wollstonecraft, Mary. Es considerada la primera filósofa feminista de la historia, nació en Spitalfields (Inglaterra) el 27 de abril de 1759 y murió el 10 de septiembre de 1797.

<sup>45</sup> Badinter, Elisabeth. Es una filósofa feminista francesa, historiadora y profesora de filosofía en el École Polytechnique en París. Nació en 1944.

<sup>46</sup> Este punto y específicamente lo que acontece en la ciudad de buenos aires se desarrollara en el capítulo siguiente.

El feminismo desafía el orden social y el código cultural arraigado más profundamente en la humanidad; justamente por eso ha sido históricamente denigrado.

En la actualidad, se busca crear un nuevo punto de vista mediante la adquisición de una nueva red conceptual. Lo cierto es que la búsqueda de paridad y equidad entre hombres y mujeres —sean feministas, homosexuales, gay, transexuales, bisexuales o queer— no ha perdido necesidad, actualidad ni trascendencia.

Las posiciones feministas no son posibles de globalizar, sin embargo, todas ponen el énfasis en la autonomía y en la posibilidad de elección por parte de las mujeres - siendo este el punto que vamos a subrayar-. Asimismo, dependerá de qué se entienda por autonomía, si esta se interpreta por la posibilidad de una maternidad diferida mientras la mujer se desarrolla laboral y profesionalmente como un modo de superar las restricciones biológicas con el varón; o podemos pensar que de lo que se trata es de una autonomía inducida y una compensación de las restricciones sociales como efecto de las diferencias de género.

El feminismo radical<sup>47</sup> -que a su vez se identifica con el feminismo de la diferencia<sup>48</sup>- le supone a la tecnología un carácter fuertemente patriarcal<sup>49</sup> en el que las biotecnologías son consideradas opresoras al cuerpo de las mujeres. Si bien ha sido de importancia el aporte de su análisis en los debates, no puede dejar de considerarse el esencialismo en que el feminismo radical entiende las identidades de género. El surgimiento del feminismo socialista<sup>50</sup> denuncia a la tecnología como una manifestación masculina y capitalista, considerando que el éxito de

---

<sup>47</sup> El feminismo radical es una corriente estadounidense que se desarrolla entre 1967 y 1976 con enorme influencia en todos los movimientos posteriores. Su lema es "Lo personal es político" y sus principales obras de referencia son 'La política sexual' de Kate Millet y 'La dialéctica del sexo' de Shulamith Firestone

<sup>48</sup> El feminismo de la diferencia es una corriente del feminismo que aboga a la diferencia sexual como liberador de la mujer. Su lema: "ser mujer es hermoso", está inspirado por el eslogan americano "the black is beautiful".

<sup>49</sup> Volveremos sobre el patriarcado en el capítulo cinco.

<sup>50</sup> El feminismo socialista es una corriente teórica y política que hace una crítica tanto del capitalismo como del patriarcado, enfatizando las esferas tanto públicas como privadas de la vida de las mujeres, y que argumenta que la liberación sólo puede ser lograda a través de poner fin a las fuentes tanto económicas como culturales de la opresión de las mujeres. Es una teoría y movimiento que amplían el argumento tradicional marxista del papel de la opresión de clases en la opresión de las mujeres. (Ergas, 2000)

una innovación tecnológica está determinado por múltiples factores sociales, de modo tal que sociedad y tecnología están íntimamente imbricadas, de aquí la importancia de una perspectiva de género al momento de analizar la tecnología.

### **3.3.2- Bioética feminista.**

La segunda ola feminista y la Bioética registraron un desarrollo independiente en la década de 1960.

El primer antecedente para la Bioética lo encontramos en el año 1947 con el Código de Núremberg que surge a partir de los juicios de la Segunda Guerra Mundial a las jerarquías nazis y a algunos médicos por el tratamiento inhumano que habían recibido los prisioneros en los campos de concentración. El código recoge las deliberaciones en ese contexto y así por primera vez se habla sobre el tema de la experimentación futura en humanos, y se estipula que el paciente debe estar previamente informado y dar su consentimiento de forma voluntaria. Luego en 1964 la Declaración de Helsinki (AMM, 1964) desarrolla los diez puntos que se habían planteado en el Código de Núremberg y no habían tenido aceptación general pero sí habían logrado inspirar políticas nacionales sobre investigación con humanos en países como Alemania y Rusia. Por otra parte, la Declaración de Ginebra (AMM, 1948) del año 1948, que establece como principio básico el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas. En 1979 la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación médica y del comportamiento, de los EE. UU publica el llamado "Informe Belmont" con directrices para la protección de los individuos que participen como sujetos de experimentación en biomedicina, basados en los principios de autonomía, beneficencia y justicia.

En los años 80 surge el término “ética feminista”, a partir de un grupo de filósofas para quienes el estatus de las mujeres era una inquietud ética importante. Estas académicas pusieron sobre relieve lo indispensable de poner el foco en las mujeres, el género y las consecuencias de

su subordinación - que había sido ignorada hasta ese momento- para comprender cuestiones de la ética práctica, lo cual fue de gran influencia en la Bioética feminista. (Jaggar, 2001)

Podemos afirmar, que el pensamiento feminista ha hecho aportes importantes para una ética feminista que sostiene como objetivo principal la eliminación de toda opresión a la mujer y para ello pone principalmente el foco en la autonomía.

Si bien, en la década de 1980 la Bioética comienza a desarrollarse, continuaba siendo marginada la perspectiva feminista. En 1996 Susan Wolf -filósofa estadounidense- comienza una investigación acerca de *Feminismo y Bioética: Más allá de la reproducción*, con la incorporación de perspectivas feministas sobre muchos temas, incluida la concepción individualista abstracta de la autonomía personal. Asimismo, es de gran importancia la posición feminista respecto de la reproducción asistida por tener en cuenta las diferencias de poder y estructurales que dan forma a estas tecnologías, teniendo en cuenta la participación desproporcionada de los riesgos en el cuerpo de las mujeres, y en especial la ramificación de los problemas reproductivos. (Wolf, 1996)

La Bioética feminista ha contribuido a la teoría en dos áreas principales, referida a la ética del cuidado, y a la conceptualización de la autonomía.

Respecto a la ética del cuidado, es de subrayar el aporte de la psicóloga feminista Carol Gilligan (1982) y de los efectos que sus trabajos han generado en muchos otros autores, quienes han puesto el énfasis en los patrones de razonamiento moral que supuestamente son característicos de las mujeres, razonamiento que prioriza el cuidado, las relaciones y las responsabilidades. Esta posición ética basada puntualmente en “la atención” ha sido criticada por algunas feministas, como Susan Sherwin (1992) en su trabajo *Ética feminista y atención médica*, en la que pone de manifiesto que la atención carece de perspectiva política y que profundiza en los patrones de dominación y opresión que afectan a las mujeres.

Antes de adentrarnos en el enfoque del feminismo respecto a la autonomía, desarrollaremos una síntesis de la relevancia filosófica del término y el principio de autonomía que despliegan los bioeticistas Tom L. Beauchamp (n Austin, 1939) y James Franklin Childress (n. 4 de octubre de 1940) ambos filósofos estadounidenses especializados en filosofía moral y bioética, coautores del libro *Principios de ética biomédica*, cuya primera edición americana fue publicada en el año 1979.

### **3.3.3- El concepto de autonomía.**

La palabra autonomía<sup>51</sup> deriva del griego autos («propio») y nomos («regla»; «autoridad» o «ley»), y en un principio se utilizó en referencia a la autorregulación y autogobierno de las ciudades-estado helénicas independientes. Si bien actualmente se utiliza para las personas, adquiere significados diversos como elección individual, libre albedrío, libertad, autenticidad, o ser dueño de uno mismo. Es un concepto que ni para la filosofía ni para la lengua es unívoco.

Durante los siglos XVII y XVIII, el término autonomía comienza a utilizarse dentro de las ciencias jurídicas como autodeterminación política, pero es a partir del año 1756 que el concepto se transformó en central para la filosofía.

Fue Immanuel Kant (1724-1804) quien consideró que la autonomía es la capacidad de la razón humana pura de darse sus propias leyes, entendida como auto legislación mediante la razón. Para Kant el imperativo categórico - imperativo porque ordena, y categórico porque no se haya condicionado por ningún fin- es considerado un principio aplicable a todas las situaciones y por cualquier sujeto racional, de modo que la acción se realiza por sí misma y es un bien en sí misma. Afirma que la libertad es esencial y que la autonomía es “*la base de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional*”. (Kant, 1973)

---

<sup>51</sup> <https://plato.stanford.edu/>

Asimismo, Kant en su texto *Respuesta a la pregunta ¿qué es la Ilustración?* (1784), define la autonomía como la capacidad del hombre para tomar decisiones por sí mismo.

*Según esta definición, lo primero que debe considerarse es la autonomía como una capacidad que puede estar diezmada o incluso ausente en el ser humano, y que no puede ser igual para todas las personas dado que en muchas ocasiones las personas que no tienen su autonomía disminuida pueden desear no lo que la recta razón ordena, sino lo que los sentimientos desean* (Kant, 1784)

La libertad kantiana implica cumplir la ley moral, donde las acciones propias son el resultado de la convicción y no de la coacción de fuentes externas. En la medida que se es capaz de razonar, ser autónomo no es hacer lo que le parezca al individuo, sino que debe hacer lo que le propone la ley moral, hacer el bien. Autogobernarse se entiende como el poseer un criterio propio; que implica ser cuestionador y a la vez analítico ante situaciones externas. (Alvarez, 2012)

Sin embargo, la existencia universal de esa capacidad no garantiza que pueda usarse de algún modo. Existen restricciones internas y externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas. (Pellegino, 1990) El concepto que sostiene Kant sobre autonomía es concebido como guiarnos por la razón, es decir que no basta que la decisión se tome sin coerción, sino que considera que decidimos autónomamente cuando lo hacemos según principios racionales. Mientras que la heteronomía es entendida como lo contrario a la autonomía, es decir cuando alguien rige su vida por lo que determinan otros y en particular a la determinación por aquellos factores – impulsos, deseos, creencias irracionales, emociones- que están más allá de nuestra voluntad racional.

Por otro lado, las teorías que tienen en cuenta las consecuencias, llamadas teleológicas -en griego, telos significa fin- o consecuencialista, tiene como principal representante al utilitarismo de Stuart Mill (1806-1873), quien considera que aquello que hace a un acto bueno

o malo es el grado de utilidad que sigue a ese acto, las mejores consecuencias son aquellas que producen la mejor felicidad, una acción es correcta cuando promueve el mayor excedente de felicidad. (Mill, 1984) Cuando nos referimos a la autonomía como libertad de toda coerción, refiere a ser libre de la interferencia de otros – sociedad, instituciones, actores sociales- que según Mill nadie puede ser legítimamente obligado a hacer o dejar de hacer algo, a excepción de cuando hacerlo o no hacerlo implique un daño a los demás.

Otra concepción sobre la autonomía es la que sostiene que, si bien nuestros valores derivan de la razón, decidimos autónomamente cuando lo hacemos sin coerción de otros y tomamos las decisiones sostenidos en nuestros propios valores que se relacionan con nuestros planes de vida. En esta línea encontramos a los bioeticistas norteamericanos T. Beauchamp y F. Childress, autores de *Principios de ética biomédica* (1979) quienes consideran que nuestras conductas cotidianas son “*intencionales, bien comprendidas y no controladas por influencias de los demás*” y que se deben reconocer las capacidades y perspectivas de esa persona, a elegir y realizar acciones basadas en sus valores personales y creencias. Definen el principio de respeto de la autonomía de la siguiente manera:

*El principio de respeto de la autonomía puede formularse negativamente: las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros. Este principio plantea una obligación amplia y abstracta que no permite cláusulas de excepción, como por ejemplo "debemos respetar los puntos de vista y derechos del resto de las personas, siempre que sus ideas y acciones no supongan un grave perjuicio para otros. De esta obligación deriva el derecho a la autodeterminación, que defiende una serie de derechos de autonomía, incluyendo los de confidencialidad e intimidad. Para que este principio sirva de guía práctica para la conducta tiene que ser especificado en función del contexto, y si la especificación es apropiada señalará cuáles son las excepciones*

*válidas. Este proceso de especificación dará lugar a derechos y obligaciones de libertad, intimidad, confidencialidad, sinceridad y consentimiento* (Luna F. , 2009)

Beauchamp y F. Childress hacen una distinción precisa y válida entre la persona y la acción autónoma, refieren a las acciones autónomas como, intencionales, con conocimiento y sin influencias de control, que determinen la acción y las elecciones autónomas. Las acciones pueden tener distintos grados de autonomía según cumplan con la condición de ser comprendidas y de carecer de influencias externas. Asimismo, tanto la falta de control como el grado de conocimiento deben analizarse desde una presencia completa hasta una ausencia absoluta. Consideran que una acción es autónoma cuando cumple parcialmente alguna de estas condiciones y no necesariamente una ausencia total de influencias ni tampoco un completo conocimiento. (ibid., 134) Para estos autores la autonomía implica seguir voluntariamente un valor.

Rebecca Walker (1969) escritora, feminista y activista estadounidense, realiza una crítica al enfoque de Beauchamp y Childress sobre el principio de autonomía, a saber:” 1) *que no identifican correctamente las acciones y elecciones no-autónomas, 2) que se da una idea falsa de las características de las acciones y elecciones que las hacen no autónomas, y 3) que no ofrecen motivos para la exigencia moral de respetar la autonomía*”. (Declercq A. , 2012) La autora comienza apuntando que la ética médica debe centrarse en el respeto de la persona autónoma, no de sus acciones. Mientras que, Beauchamp y Childress plantean como requisito que las acciones autónomas estén prácticamente exentas de influencias controladoras, en términos de control de otros, no obstante, según sostiene Walker, no hay una discusión detallada acerca de estos tipos de controles internos, solo se hace referencia a las enfermedades debilitantes, los trastornos psiquiátricos, y el uso de drogas como condiciones personales que socavan la autonomía.

### 3.3.4- La autonomía para la Bioética feminista.

El feminismo mantiene una posición ambivalente con la autonomía, si bien se considera imprescindible para contrarrestar la opresión, algunas feministas la ponen en cuestión por considerarla uno de los ideales masculinos, y que en lugar de empoderar a las personas oprimidas protege a los poderosos, otra de las objeciones planteadas se sostiene en que las concepciones tradicionales tienden a ignorar la naturaleza social y que promueven una posición universalista de la persona. Aun así, estas críticas no implican necesariamente que el concepto de autonomía no pueda ser de relevancia, de lo que se trata es hacer un viraje para poder pensarla desde otra perspectiva.

La bioética feminista va a poner precisamente, el foco en la autonomía relacional, en tanto que las personas se encuentran arraigadas social e históricamente, moldeadas por factores como la raza y la clase, y como los vínculos adquieren suma importancia en la formación del sujeto. No solo se trata de la posibilidad de optar un curso de acción sino fundamentalmente de analizar cuáles son las características tanto políticas como sociales que proponen las opciones a elegir y evitar las condiciones de opresión. Entre las teóricas feministas que desarrollaron el concepto de autonomía relacional, se encuentra Susan Sherwin<sup>52</sup>, Anne Donchin y Mary Mahowald.

Las debilidades que Susan Sherwin observa en la concepción dominante de la autonomía son:

*(...) la necesidad de elegir de un menú preseleccionado de opciones que pueden ser incompatibles con los valores y preferencias de la paciente, la autoridad del proveedor para determinar qué es lo que cuenta como una información adecuada, y la necesidad de un profundo sentido de la autonomía para evaluar las posibles presiones coercitivas (Stanford, 2018).*

---

<sup>52</sup> Sherwin, Susan. (Canadá, 1947) Filósofa feminista ha recibido muchos premios a través de su célebre carrera, incluida la incorporación a la Orden de Canadá y el Premio Killam en Humanidades, el honor más alto en su campo. En 1992 Susan Sherwin publicó "No longer patient: Feminism Ethics and Health Care", que es considerado el primer libro de bioética feminista.

La autora dirá respecto a la autonomía relacional que:

*(...) es tanto definida como lograda en un contexto social y que ese contexto influye de manera significativa sobre las oportunidades que un agente posee para desarrollar sus capacidades de ser autónomo... Al afirmar la primacía teórica del individuo, las teorías basadas en la autonomía caracterizan las obligaciones sociales y morales como esencialmente secundarias a las consideraciones basadas en el propio interés. Tratan a las comunidades y a los lazos que las unen como un problema que es preciso justificar, procediendo como si el concepto de un individuo separado de la comunidad tuviese coherencia. Ignoran el hecho de que nuestra identidad y nuestras preferencias son, en buena medida, el fruto de nuestra historia social y de nuestras circunstancias actuales (Sherwin, 1998:48,50).*

La autonomía no puede pensarse como abstracta y general, es una capacidad que se desarrolla en relación, no es un atributo estático sino más bien dinámico. Por lo cual se puede ser autónomo en muchos aspectos, pero ante circunstancias vulnerables, tibia y es allí donde la estructura de cada sujeto, las circunstancias, la relación al otro, y la comunicación adquieren mayor importancia.

El concepto de sujeto consciente, autodeterminado y dueño de sí, es una abstracción, como formula el psicoanálisis, somos sujetos divididos, sujetos del inconsciente. Poder registrar nuestra falta de completud y certeza, es lo que nos permite hacernos responsables de nuestras limitaciones. Butler<sup>53</sup> refiere al tema como la opacidad primaria del sujeto en tanto sujetos opacos, ni plenamente transparentes ni cognoscibles.

En este marco, en el desconocimiento del sí mismo, es que el otro semejante adquiere importancia, nos interpela ante la pregunta “*quién eres*” y nos exige la narrativa de “*dar cuenta*”

---

<sup>53</sup> Butler, Judith. (EEUU, 1956) Filósofa post-estructuralista que ha realizado importantes aportes en el campo del feminismo, la teoría queer, la filosofía política y la ética.

*del sí mismo*” (Butler, 2009). La ética de la responsabilidad que plantea Butler se contrapone a las concepciones éticas violentas que consideran que el sujeto es portador de un yo soberano, y no reconocen su estado de vulnerabilidad como intrínseca ni que esta puede acentuarse bajo ciertas condiciones sociopolíticas.

Es bajo este prisma de una bioética feminista que nos interesa dar cuenta de cómo las técnicas de reproducción asistida pueden estar naturalizando la medicalización- expuesta al principio de este capítulo- de la reproducción humana.

### **3.4- Las técnicas de reproducción asistida desde la mirada del feminismo**

Cómo hemos venido desarrollando, se entiende por técnicas de reproducción asistida (TRA)<sup>54</sup> al conjunto de métodos biomédicos que, con la intervención de los gametos masculinos y femeninos, facilitan o substituyen los procesos biológicos que se desarrollan en la procreación humana de forma natural. Por tratarse de una tecnología aplicada, se produce con la participación de un tercero – médico, biólogo- lo que da lugar a ciertos cuestionamientos que serán abordados por la Bioética. No son un método terapéutico ante la esterilidad masculina o femenina, ya que no curan la infertilidad y luego de la aplicación de la técnica la persona sigue padeciendo la alteración testicular o la estenosis bilateral de las trompas uterinas, causas comunes a la esterilidad. (Santamaña, 2011)

En el año 1978 con el éxito de la primera fecundación in vitro (FIV) surgieron preocupaciones sobre la aplicación de estas técnicas en el cuerpo de la mujer y sus implicancias. Estas tecnologías fueron denunciadas por las feministas por ser promovidas por los intereses capitalistas de las industrias biomédicas que se desarrollan en una sociedad patriarcal con el fin de lograr mayores beneficios económicos y control sobre la vida de las mujeres.

---

<sup>54</sup> Profundizadas en el capítulo anterior.

Al considerar la infertilidad como una enfermedad se medicaliza el cuerpo de la mujer con los riesgos psico-físicos que conlleva y sin dar solución a la esterilidad.

En este punto se sigue imponiendo como ha sido a lo largo de la historia, la hegemonía del binomio mujer- madre, al considerarse a la maternidad como un punto central en la identidad femenina se genera un aumento de las desigualdades entre hombres y mujeres con la consecuente perpetuación de las desigualdades de género. *“La mujer que no es madre perturba el orden establecido, pone fin a aquello que regula las relaciones entre hombres y mujeres, conmueve el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico, el poder de uno sobre otro”* (Tubert, 1991)

Los ideales de la buena madre propuestos por el polímita Jean- Jaques Rousseau (1712-1778) siguen vigentes en las TRA al completar el mecanismo de control y reforzar el valor de lo biológico. La ciencia no ha logrado subsanar los problemas de infertilidad, pero si ha asegurado la alianza genética o la biológica en la maternidad, asimismo las sociedades tampoco han generado la aceptación de la maternidad como función, de modo de facilitar las adopciones.

Si bien en un comienzo el uso de las técnicas de reproducción asistida estaba dirigido a mujeres estériles o en el caso de las FIV a mujeres con obstrucción tubárica, de a poco se extendió su aplicación a los casos de esterilidad por causas desconocidas o de infertilidad masculina, reforzando la importancia de los lazos genéticos, o la oferta actual de vitrificar óvulos para preservar la posibilidad de engendrar un hijo biológico.

Françoise Laborie<sup>55</sup> considera a las TRA como técnicas penosas e invasivas que implican riesgos, algunos conocidos y otros desconocidos, a mediano y largo plazo. (Laborie, 1992) La intervención en el cuerpo de las mujeres aun cuando se desconocen las causas de la ausencia de hijos implica considerar solo la dimensión fisiológica y desconocer los conflictos

---

<sup>55</sup> Laborie, Françoise. (Francia, 1938-2016) Socióloga investigadora durante la mayor parte de su carrera y, como tal, de 1990 a 1999, miembro del grupo de estudios GEDISST sobre la división social y sexual. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2016-1-page-213.htm>

emocionales que en múltiples ocasiones produce, acompañado esto por fuertes presiones familiares y sociales.

El feminismo advirtió sobre la retórica de ubicar a las mujeres infértiles como padecientes y víctimas. En general se sitúa a las mujeres infértiles como personas con un deseo desenfrenado por tener hijos y se relatan historias de desesperación que hace preguntarse por la diferencia entre el deseo y la pasión de hijo. Tubert al respecto refiere a la diferencia entre deseo de ser y deseo de tener. De cómo ante el embarazo buscado que no se produce, emerge la demanda al médico, al hospital y se borra la diferencia entre el cuerpo del discurso del sujeto y el cuerpo del discurso científico. (Tubert S. , 1991)

Asimismo, al adoptar un discurso sostenido en la genética queda velado el desigual papel que en el proceso de la reproducción se da entre mujeres y varones.

Por otro lado, muchas feministas argumentan que la posibilidad de contar con las técnicas de reproducción asistida ubica a las mujeres ante la posibilidad de elegir. Incluso entienden que estas técnicas son subversivas al dar la opción de ir más allá del orden heterosexual establecido. (Harwood, 2007) Sin embargo, con el tiempo a estas posturas se las ha considerado pro natalistas más que feministas, por considerar el deseo de procreación como natural y genuino.

Hay también, quienes afirman que la tecnología favorece la libertad al superar el reloj biológico<sup>56</sup> y permitir que no interfiera con los proyectos personales ni que sea necesario renunciar a la maternidad y abogan por la preservación de la fertilidad por causas sociales.

El modo de percibir las técnicas de reproducción también ha ido virando a lo largo del tiempo, no es posible afirmar una posición monolítica por parte de las mujeres ni por parte de los que aplican la tecnología. Maureen Mc Neil<sup>57</sup> advierte sobre la referencia a la experiencia

---

<sup>56</sup> En esta línea trabajan actualmente científicos de Israel, en la búsqueda de mecanismos que pausen el desarrollo ovárico y el envejecimiento de óvulos- <https://israelnoticias.com/tecnologia/cientificos-israel-reloj-biologico-mujeres>

<sup>57</sup> McNeil, Maureen. (Canada, 1948) Profesora e investigadora sobre estudios culturales, estudios feministas y estudios de ciencia / tecnología. Directora del Instituto de Estudios de la Mujer (1997-2000; 2003-4) y presidenta de la Junta del Centro de Estudios Científicos en la Universidad de Lancaster.

de las mujeres con una tendencia a uniformarlas en un mismo parecer que oculta los efectos sociales, la diversidad y la subjetividad. (Mc Neil, 2007)

Se ha construido un orden simbólico de idealización en torno a la maternidad que ha generado un patrón de conducta que no se acerca a las experiencias reales, de modo tal que se produce una estigmatización de la mujer que no tiene hijos, ubicándolas en un punto de carencia, de falla a solucionar y generando sentimientos de culpa o de fracaso. Los rasgos que se le ha adjudicado a la mujer están íntimamente entrelazados con aquellos que constituyen el estereotipo maternal, de ese modo se ha ubicado la identidad femenina con la maternidad.

Son estos ideales sociales los que configuran identificaciones y actitudes de sometimiento. Coincidimos con Tubert en que la identificación con ese ideal permite acceder a una identidad ilusoria, que nos proporciona una imagen falsamente unitaria y totalizadora. (Tubert S., 1996) El identificar la maternidad con la reproducción niega que lo más importante en la reproducción humana no sea el proceso de concepción y gestación sino la tarea social, cultural y simbólica.

La maternidad nunca ha sido un tema privado, sino que ha estado imbricado en el entramado social y por ende con una dinámica sostenida en múltiples dimensiones, tanto biológicas, culturales como simbólicas. La naturalización que ha tenido la crianza de los niños por parte de la mujer, el considerar a la maternidad como un estado de plenitud y las normas sociales, han brindado el escenario adecuado para el modelo clásico de la división sexual del trabajo.

Además de las condiciones biológicas, las condiciones económicas, políticas y sociales, la función materna se configura con la división sexual del trabajo. En la mayoría de las estructuras patriarcales, se establece que las mujeres aparte de concebir y gestar también deben criar a los niños, sin ser reconocidas como trabajadoras.

La contradicción se encuentra cuando la reproducción y la producción del trabajo no adquieren el mismo prestigio, mientras se carga de simbolismo la maternidad biológica se

desvaloriza el trabajo doméstico. En este punto Nancy Chodorow <sup>58</sup>pone el énfasis en cómo la maternidad ubicada como la encargada de la crianza ha provocado la división sexual del trabajo. (Chodorow, 2015)

En la sociedad actual se somete a la mujer a una presión por el acceso a mejores puestos laborales, mejores ingresos y capacitación profesional, pero siguen quedando devaluadas con remuneraciones más bajas, mayor inestabilidad. Es decir, que su presencia no ha transformado aún las condiciones laborales como lo indican por ejemplo las jornadas laborales o el trabajo doméstico que aún sigue siendo asumido en gran parte por ellas.

Asimismo, se ejercen los mandatos sobre las mujeres de una maternidad a cualquier costo, como un objetivo a cumplir, sin cuestionarse si realmente es una elección personal o una exigencia social.

La construcción de las contradicciones sociales y la actividad productiva es inversamente relacionada con la dinámica reproductiva. Junto con las transformaciones que se han presentado en las relaciones familiares, la inserción de la mujer en el ámbito laboral, de la educación, de la vida pública y en los cambios en las conductas sociales, parecería que ingresamos a un nuevo orden social. Sin embargo, la paradoja es que se mantiene el mismo proyecto civilizatorio iniciado en el renacimiento, y la tecnología viene a reconfirmar el lugar de la mujer como madre, más temprano o más tarde. (Montse J. , 2007)

Por lo planteado hasta aquí, es posible ligar el retraso en la maternidad con las dificultades para el desarrollo personal y la inserción laboral. Sin embargo, estas causas están vinculadas con cuestiones sociales como es la falta de modificación de un modelo tradicional de la división sexual del trabajo y termina recayendo sobre las mujeres la solución y es aquí cuando entra en escena la medicina con sus recursos biomédicos y la medicalización de la reproducción.

---

<sup>58</sup> Chodorow, Nancy. (EEUU, 1944) feminista, socióloga y psicoanalista estadounidense. Ejerce la clínica psicoanalítica en Cambridge, Massachusetts.

## Capítulo IV

- 4.1- El concepto hegemónico de la díada mujer – madre
- 4.2- El patriarcado actual y su influencia en la toma de decisiones reproductivas.
- 4.3- El pronatalismo y el biologismo

### 4.1- El concepto hegemónico de la diada mujer-madre

Para ubicar el concepto de la díada mujer-madre, consideramos necesario hacer un sucinto recorte histórico sobre su desarrollo. A principios del siglo XX, en pleno cuestionamiento de los saberes establecidos, el psicoanálisis freudiano vino a terminar de desestabilizar las bases del individuo moderno cartesiano. La voluntad dejaba de ser la soberana y cedía su imperio a lo inconsciente reprimido. Además, la sexualidad infantil -que siempre había estado allí- se demostró como constitutiva de todo individuo y era capaz de emerger en la adultez como causa de deseos y síntomas. De la mano del psicoanálisis, irrumpió, en la historia, la pregunta por lo femenino. Según Elisabeth Roudinesco<sup>59</sup>, Freud fue el testigo más lúcido del declive del padre, el cual puso en marcha un proceso de emancipación de la mujer y de subjetivación de los niños. No fue sin los aportes psicoanalíticos —aunque en ocasiones tergiversados— que durante los años sesenta se produjo un giro protagonizado por el feminismo (Roudinesco, 2013). Este movimiento filosófico, político y social tuvo el mérito de haber hecho visible la enraizada fusión entre los roles de mujer y madre, entre lo público y lo privado. A pesar de los intentos por separar las actitudes maternas de lo instintual, esto ha prevalecido hasta hace muy poco. Muchas corrientes feministas postulan que, si la maternidad es biologizada, no se debería solamente a los aspectos ineludibles de la biología, sino, a una acción sociocultural y a una decisión política sobre el lugar que se pretende para la mujer en la civilización occidental. Al respecto Elisabeth Badinter<sup>60</sup>, dice:

---

<sup>59</sup> Roudinesco, E. (Francia, 1944) es una historiadora y psicoanalista francesa.

<sup>60</sup> Badinter, E. (Francia, 1944) es una historiadora y filósofa feminista francesa.

*Hemos concebido durante tanto tiempo el amor maternal en términos de instinto, que de buena gana creemos que se trata de un comportamiento arraigado en la naturaleza de la mujer cualquiera sea el tiempo y el espacio que la rodean. Creemos que, al convertirse en madre, la mujer encuentra en ella misma todas las respuestas a su nueva condición. Como si se tratara de una actividad preformada, automática y necesaria que solo espera la oportunidad de ejercerse. Como la procreación es natural, nos imaginamos que al fenómeno biológico y fisiológico del embarazo debe corresponder una actitud maternal determinada. La naturalización de la maternidad reduciría el origen del ser a un hecho biológico. (Badinter, 1991)*

Al decir de Silvia Tubert, en *“La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre, en cuerpo y subjetividad femenina”* de 1993, se totaliza y unifica semánticamente “mujer” y “madre”, garantizando la fijeza de sentido. La maternidad ha sido siempre el rasgo distintivo de lo femenino, desde los griegos, pasando por la madre judeocristiana, hasta la actualidad, identificándose la condición femenina con su fisiología. Según las corrientes feministas, el orden patriarcal confinaría a la mujer al mundo doméstico para que ejerza su rol —el de procrear— adjudicándole características positivas —sensibilidad afectiva, comprensión, entre otras— que coincidirían con el ideal de lo que se espera de una madre, impuesto por nuestra cultura occidental. (Tubert, 1993)

A partir de los años 60, la regulación de la fecundidad con la pastilla anticonceptiva provocó tal revolución que le permitió a la mujer, por primera vez en la historia, separar la sexualidad de la procreación. Un infinito mundo de posibilidades se abrió entonces, otorgándole a la mujer la libertad de disfrutar de su sexualidad, elegir y programar —o evitar— la maternidad. A partir de ese momento, los hijos no “vendrían” ni los “mandaría Dios”, sino que las mujeres podrían elegir, decidir y hacer entrar en juego la voluntad y las ganas de tener un hijo. La moral imperante hasta el momento entró en crisis, la madre ya no sería asexuada nunca más y ese

cambio se hizo patente en las consignas de “amor libre” que encarnaba el movimiento hippie. No es de extrañar que esta novedad haya traído aparejado también un deslizamiento en el significado de la maternidad y en el valor que se les otorga a los hijos, ahora sentido como una gratificación. En tanto, los hijos ocupan ese lugar simbólico, la obediencia y la disciplina perdieron importancia en la crianza. Asimismo, los procesos socio- económicos y el avance tecnológico de las últimas décadas han desembocado en diversas transformaciones en las dinámicas familiares, las cuales aún están en curso y traen aparejados cambios en las subjetividades masculina y femenina, en el concepto de familia y en el lugar del niño. Los conceptos de maternidad y paternidad, en tanto construcciones relativas a su contexto, también se están viendo modificados en la actualidad. Sin embargo, por tratarse de procesos, los alcances de dichas transformaciones aún no han terminado, son diversos, dinámicos, varían constantemente según las distintas culturas. (Moreira &,2016)

#### **4.2- El patriarcado actual y su influencia en la toma de decisiones reproductivas**

Durante mucho tiempo no era una opción posible priorizar intereses personales, la demanda social internalizada por las mujeres daba como principal objetivo tener hijos, asumiendo responsabilidades de maternidad y crianza. En la actualidad algunas mujeres se enfrentan a una encerrona, en la que, si deciden tomar el camino de la independencia económica y profesional, se topan con su deseo de maternidad cuando su fertilidad está en riesgo.

Todavía nos encontramos frente a una fuerte discriminación hacia la mujer desde el mismo momento en que debe realizar una entrevista laboral en la que se pone el foco en su situación actual, futura o probable de ser madre, debido a considerar que es la mujer la responsable del cuidado doméstico y la crianza, configurando un obstáculo concreto para el desarrollo profesional y el acceso al empleo. Se considera que la maternidad provoca costos laborales debido a las ausencias- por ser quienes se encargan del cuidado de los niños- y a una baja productividad generada por un rol de género que la sociedad les atribuye a las mujeres, lo que

a su vez impide el ascenso a puestos de mando. Esto último se ha dado en llamar techo de cristal, entendido como una barrera invisible externa generada por esta discriminación indirecta; o bien interna, ya que muchas mujeres, condicionadas por el mandato de la maternidad, no logran conciliar su rol laboral con la crianza y deciden suspender o abandonar su desarrollo profesional. Estas conductas discriminatorias como lo son: la mayor precariedad laboral, desigualdad en el acceso a oportunidades, brecha salarial y en especial la mayor carga en las tareas domésticas y de cuidado; son naturalizadas también por las propias mujeres que las aceptan y asumen pasivamente. Asimismo, las políticas destinadas a reducir la incompatibilidad entre el trabajo y las funciones que se le adjudica a la mujer -permisos de maternidad, cuidado de niños, educación temprana- suelen ser más efectivas y conducen a la maternidad a edades más tempranas desde el primer nacimiento. (Mills, 2011)

Otra de las causas por la que las mujeres tienden hoy en día a retrasar la maternidad está sostenida en los cambios sociales y las dificultades para formar una pareja adecuada para proyectar una familia. El aumento en la esperanza de vida junto con los cambios culturales ha provocado efectos en la manera de posicionarse en las diferentes etapas de la vida, de modo tal que los jóvenes de alrededor de treinta años no siempre están dispuestos a comprometerse en una relación estable que implique la responsabilidad de tener hijos, retrasando la paternidad y la maternidad.

A su vez, la posibilidad de tener un hijo sin pareja se transforma en un desafío difícil de confrontar desde todo aspecto no sólo por la carga económica que implica -en particular en sociedades que sostienen la inequidad de ingresos en varones y mujeres, trabajos de jornada completa, la falta de guarderías dentro del ámbito laboral y los costos de los establecimientos privados, sumado a la insuficiente flexibilidad horaria- sino también por las implicaciones de enfrentar una sola persona, como proyecto, todas las responsabilidades de criar a un hijo.

Es en este contexto que congelar óvulos se oferta como una solución posible para los tiempos actuales, prometiendo un tiempo para generar cierta seguridad económica y laboral como así también la ocasión de encontrar un compañero confiable.

Los roles de crianza si bien son mucho menos rígidos que en otros momentos y los padres asumen mucho más activamente su función, sigue siendo la mujer quién ejerce un mayor protagonismo, lo cual da cuenta de que aun vivimos en un contexto patriarcal.

La posición de las feministas variará dependiendo desde el lugar que lean los acontecimientos, - como hemos referido en el capítulo anterior- hay quienes consideran que el control masculino sigue interviniendo sobre los cuerpos de las mujeres y quienes entienden que las técnicas de reproducción lo que hacen es favorecer la libertad de las mujeres.

Evaluar la tensión que se produce entre libertades individuales y políticas públicas puede ser un verdadero reto. Podemos pensar que la posibilidad de manejar los tiempos de la maternidad puede generar un sentido de control sobre sus cuerpos, por lo que no podemos soslayar el efecto que produce en las mujeres las presiones sociales, pronatalistas y biologicista que desarrollaremos más adelante en este capítulo.

Recurrir a la vitrificación de óvulos es una vía rápida de solución, pero deja intactas las desigualdades de género establecidas en el patriarcado actual. (Harwood K. , 2008)

Al considerar que el uso de la tecnología es solo una elección personal deja por fuera la estructura ideológica que la sostiene. Suele pensarse que aliviar el padecimiento de muchas mujeres que son diagnosticadas como infértiles es importante. Pero esto no es suficiente, en tanto no sólo no se preguntan por las causas de dicho sufrimiento - en el que subyace que la naturaleza de ser mujer es ser madre- sino que tampoco se solucionan las causas que provocaron la maternidad tardía, cómo lo es fundamentalmente la desigualdad entre varones y mujeres.

Savulescu<sup>61</sup> reconoce estas desigualdades sociales y estructurales, pero sostiene otra posición, considera que la congelación de óvulos puede ser una herramienta beneficiosa a corto plazo, para beneficiar a las mujeres, para quienes desean reproducirse más tarde en la vida, aumentarían sus posibilidades de poder concebir. Teniendo en cuenta que el momento de la maternidad tiene un impacto identificable en los resultados educativos y de empleo para las mujeres, lo que limita su capacidad para tomar las decisiones más beneficiosas sobre sus carreras.

Asimismo, es interesante dar un vistazo en las publicidades y la oferta de soluciones biotecnológicas para las mujeres:

*“Cuándo congelas tus óvulos, no sólo estás preservando tu fertilidad, también estás asegurando el control de tu futuro reproductivo sin la necesidad de esperar la aprobación de otra persona. ¡Vos estás al mando!”*

*” No importa la edad que tengas, la crio preservación de óvulos te permite ser madre cuando realmente lo deseas”*

*“Conoce esta técnica que te ayudará a alcanzar tu sueño de ser mamá. ¡No le pongas pausa a tu reloj biológico!”<sup>62</sup>*

Hay una promesa de control y de no perderse nada, si se es mujer se querrá ser madre y si no lo es ahora podrá serlo mañana.

Todo esto sin olvidar – como lo hemos desarrollado en los capítulos anteriores- que quienes elijan vitrificar sus óvulos siendo fértiles deberán recurrir a una técnica de reproducción medicamente asistida para engendrar un niño, lo que también merecería tener en consideración si debiera ser financiado con fondos públicos la decisión de vitrificar óvulos para uso futuro y la consecuente utilización de tecnología de alta complejidad sin causas de infertilidad. En

---

<sup>61</sup> Savulescu, Julián. (Australia, 1963) Filósofo y bioético. Es profesor de Ética Práctica de Uehiro en la Universidad de Oxford, miembro de St Cross College, Oxford.

[https://www.academia.edu/13984764/Freezing\\_Eggs\\_for\\_Lifestyle\\_Reasons](https://www.academia.edu/13984764/Freezing_Eggs_for_Lifestyle_Reasons)

<sup>62</sup> [https://hubs.ly/HodD\\_2fo](https://hubs.ly/HodD_2fo) recuperado enero 2019

especial teniendo en cuenta que el Estado está en deuda al no generar igualdad de oportunidades para varones y mujeres en los aspectos sociales, económicos y para el desempeño de la paternidad, como lo venimos exponiendo a lo largo de este trabajo.

Los cambios estructurales podrían incluir una mayor financiación para brindar alternativas al momento de armar una familia, como lo es la adopción, o las mejoras de las instituciones educativas o el empleo, o los servicios de guardería asequibles.

Es muy importante desde el lugar en que pensamos la autonomía para desentrañar cómo las elecciones reproductivas de las mujeres pueden estar restringidas por los contextos sociales que permanecen bajo la égida del patriarcado.

### **4.3- El pronatalismo y el biologismo**

Distintos sesgos sociales como el pronatalismo y el biologismo<sup>63</sup> pueden influir al momento de tomar decisiones reproductivas, como el optar por vitrificar el material genético por parte de las mujeres para su uso futuro.

En sentido general, el pronatalismo es la promoción por parte del Estado de nacimientos a través de políticas públicas, prácticas, normas sociales e ideologías. Por otro lado, el biologismo identifica cualquier ideología social con la biología, más allá de la reproducción humana como suelen ser las explicaciones biológicas de los diferentes comportamientos humanos o rasgos de personalidad. Berthollet citado en (Petropanagos, 2013)

Una crítica que se le ha hecho tanto a las políticas que fomentan la natalidad como a las políticas de control político de natalidad – antinatalismo- es que ambas consideran a los seres humanos como instrumentos para lograr diferentes fines, sean estos políticos, étnicos o económicos. Es dable considerar que la libertad individual y la autonomía establecida en los

---

<sup>63</sup> La tesis reduccionista y determinista de que «la biología es el destino» ha sido compartida por una serie de tendencias y autores que van desde la escuela frenológica de Gall y Spurzheim, nacida a finales del siglo XVIII en Alemania y Francia en <http://www.gazeta-antropologia.es/>

Derechos Humanos y Reproductivos<sup>64</sup> son el instrumento que tienen los seres humanos para decidir reproducirse o no. Las políticas estatales natalistas o antinatalistas son contrarias, desde ese punto de vista, a los intereses y la libertad de los individuos o ciudadanos.

En términos generales, las políticas gubernamentales pronatalistas tienen como objetivo fomentar el nacimiento de niños.<sup>65</sup> Esto a menudo se realiza ante la necesidad de garantizar futuros contribuyentes, mediante la implementación de cambios de política relacionados con impuestos, empleo, vivienda, servicios familiares o infantiles o educación que sea más rentable para los futuros padres.

Otro tipo de pronatalismo es el que vincula la reproducción humana con las identidades, y que es transmitido por las diferentes doctrinas religiosas tales como el judaísmo, el cristianismo o el islamismo al promover tanto la maternidad como la crianza de los niños por parte de las mujeres (Génesis: 1:28 o 1 Timoteo 2:15). Asimismo, está inserto dentro de la cultura en las sociedades patriarcales con ideologías religiosas, pero también seculares de gestar hijos como rol natural de la mujer, transformando la maternidad en un tema central para la identidad de la mujer.

---

<sup>64</sup> El origen del concepto de Derechos Reproductivos, en el marco de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud aparece en la Conferencia de Teherán de 1968 y en la definición de Bucarest (Conferencia sobre Población de 1974) como un derecho fundamental tanto de las parejas como de los individuos. La inclusión e integración de la planificación familiar dentro del campo de los derechos reproductivos y de la salud reproductiva se produce por primera vez en la Conferencia Internacional para mejorar la salud de las Mujeres y los Niños por medio de la Planificación Familiar, en Nairobi, Kenia, (5 a 9 de octubre de 1987).<sup>1</sup>

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en septiembre de 1994, da esta definición de los derechos reproductivos:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5–13 de septiembre, 1994, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995)

<sup>65</sup> SOS bebés: los países nórdicos se desesperan por la baja natalidad. 17/01/19, <https://www.lanación.com.ar/2211760-sos-bebes-paises-nordicos-se-desesperan-baja/amp/2211760>

Una sociedad puede considerar el natalismo como un valor positivo y a su vez asegurar la igualdad de género promoviendo bienes que se relacionen con la crianza, o la equiparación salarial de hombres y mujeres, licencias de ambos padres, entre otros beneficios y especialmente si las decisiones de las mujeres son tomadas libremente no influenciando indebidamente en la autonomía reproductiva. (Morell citado en Pretopanagos, 2013)

Los ideales normativos que alienta el pronatalismo suelen estar sostenidos en fundamentos de ideología patriarcal y sexistas, donde el embarazo por parte de la mujer y la transmisión genética por parte del hombre siguen teniendo un peso fundamental hoy en día. El pronatalismo favorece los estereotipos de la díada mujer-madre y ubica a la mujer como reproductora.

Podemos pensar que la expectativa patriarcal de hijos genéticamente relacionados se refleja en la práctica de los tratamientos de reproducción asistida.

La maternidad así concebida se ubica como efecto de la naturaleza y se constituye en un lugar de poder para las mujeres, como un logro a obtener. La concepción pronatalista se refleja en la estigmatización social y el consecuente sufrimiento que experimentan muchas mujeres que no tienen hijos que al auto percibirse como deficientes, provocan sentimientos de desvalorización, síntomas y angustia, por lo que encuentran en las técnicas de reproducción un modo de reparación. Mientras que aquellas mujeres que por voluntad propia deciden no tener hijos son puestas en cuestión por la sociedad en general y desacreditadas como egoístas y despreocupadas.

La asignación de culpa y responsabilidad que se deposita simbólicamente en las mujeres aún en aquellas que se exponen a tratamientos de reproducción asistida sin llegar a dar nacimiento a un hijo generando un profundo sentimiento de fracaso, es otro modo de ubicar la naturaleza coercitiva del pronatalismo. (Park, 2002, p. 25 citado en Petropanagos, 2013)

En ocasiones solo se percibe como costo la imposibilidad de engendrar y no lo devastador que suele ser para la pareja y para la mujer en términos físicos, psicológicos y hasta económicos

el decidir recurrir a las TRA. Las sanciones sociales no solo se imponen al acto reproductivo sino también a la crianza, que queda aún en estos tiempos a cargo de las madres, con los consecuentes efectos en el desarrollo profesional y laboral, sostenidos en la inequidad de género las mujeres quedan subordinadas social y económicamente a los varones como ya hemos descripto en el capítulo anterior.

La maternidad y la crianza de los hijos en las sociedades patriarcales no solo limitan a la mujer por su capacidad reproductiva, que sirven para justificar roles sociales a varones y mujeres, sino que se les otorga un instinto materno para la crianza, y una responsabilidad en la lactancia, todo lo cual refuerza la naturalización de las mujeres en su función de cuidadoras. (Dyer et al., 2002 citado en Petropanagos, 2013)

Por otro lado, el biologismo es una ideología y actitud social que promueve las relaciones biológicas, que podemos identificar en las tendencias legales que dan primacía al vínculo genético, y que moldea las elecciones de reproducción de las mujeres.

*Parece casi natural que las personas quieran transmitir sus genes a sus hijos, como si alcanzaran una forma de inmortalidad por continuar su "línea de sangre" en generaciones futuras. Sin embargo, también sabemos que el deseo de tener hijos genéticamente relacionados está influenciado, por nuestra cultura. Varias feministas han abogado por abandonar el modelo genético de la paternidad por sus orígenes en el patriarcado. (Roberts, 1996)*

Asimismo, el biologismo se ocupa de las relaciones de parentesco vinculadas con la sangre, la biología y el legado genético. Hay una tendencia a suponer que el ADN de una persona influye en los rasgos emocionales y comportamentales de una persona. Otorgándole a la herencia no sólo la responsabilidad de los rasgos físicos sino también la esencia de su ser como persona. (Laing 2006, p. 551 citado en Petropanagos, 2013). De hecho, suele referirse a las pruebas de ADN cómo la técnica para reconocer al verdadero padre, otorgándole a los genes

un valor esencial en nuestra identidad, transformando así a las relaciones genéticas cómo deseables y naturales en detrimento de quienes solo se dedican a criar y a ahijar al niño.

Esta ideología construida culturalmente ha pre formateado nuestro concepto de familia y paternidad, siendo las técnicas de reproducción asistida un reforzamiento de esa línea de pensamiento.

Si bien excede el tema a tratar en este trabajo, es dable considerar el miramiento social que se le ha otorgado a la adopción a diferencia de las TRA. En el caso de éstas últimas, nos encontramos con la tendencia de intentar una y otra vez tener un hijo que este genéticamente relacionado en lo posible con ambos padres. Aun teniendo en cuenta los costos emocionales y físicos que implican para la pareja, pero en particular para la mujer, cuando en muchas ocasiones se requieren varios intentos para lograr el embarazo.

Las presiones sociales en relación con el origen genético del niño y sus posibles inconvenientes provocan desinterés en la adopción. Si bien la adopción podría ser una solución a la situación en que se encuentran algunas mujeres al no poder gestar un hijo. Por un lado, la adopción ha sido absolutamente burocratizada y ubica a la pareja que se lo propone en una situación de extrema humillación, de agonía insoportable; y, por otro lado, contamos con años y años de énfasis en el ideal de una descendencia biológica.

La adopción a su vez no solo implica un tiempo de espera considerado, sino que no es una vía sencilla de abordar, el Estado no facilita esta posibilidad. Asimismo, las regulaciones para la adopción exigen rigurosos estudios a los padres adoptivos otorgando más confianza a los padres biológicos por considerarlos naturales. De hecho, no se exige ningún estudio psicológico o ambiental a quien decida tener un niño con material genético donado.

La adopción ha sido considerada como algo vergonzante durante mucho tiempo, algo que debía ocultarse, y que de saberse generaba burlas entre los propios niños. Y por lo general la elección de los padres adoptivos se inclinaba a niños con rasgos físicos similares, cuestión que

hoy se reproduce en la selección de donantes de gametos que compartan características fenotípicas similares.

Tanto en el caso de las adopciones cómo en el caso de la elección de donantes de gametos, la búsqueda de similitudes físicas da cuenta del impacto de los prejuicios sociales – sostenidos desde un sesgo del biologismo- en la construcción de la familia y el parentesco, considerando como deseable, genuino y natural el querer engendrar y/o criar niños biológicamente relacionados o lo más parecidos posible, cómo si ello fuera garantía de que el bienestar del niño esté asegurado.

De este modo, la posibilidad de vitrificar óvulos da la posibilidad de engendrar hijos biológicamente relacionados y diferir la maternidad.

En este contexto, cabe preguntarnos si promover las ideologías sociales de la reproducción genética no es una actitud social coercitiva en el armado de las familias.

No es una novedad, que se utilice la relación genética como marcadores sociales, lo que implicaría cierta relación entre reproducción y raza, tema que no abordaremos en esta oportunidad. Pero, es significativo que el color de la piel, el color de los ojos, la textura del cabello, la estatura y otras características físicas son identificados como pertenecientes a un grupo particular. Asimismo, muchos entienden que ubicarse en un linaje genético les otorga rasgos particulares de personalidad y que es de suma importancia.

Si bien, el impacto que produce el biologismo como el pronatalismo dependerá del contexto y de la realidad particular de cada uno, no es posible desestimar esta influencia en nuestras sociedades y su carácter normativo.

## Capítulo V

- 5.1- Bioética y la legislación de reproducción asistida.
- 5.2- La ley argentina de reproducción asistida.
- 5.3- Datos estadísticos de la infertilidad y la reproducción asistida en la República Argentina.
- 5.4- Maternidad tardía en la ciudad de Buenos Aires, una tendencia actual.

### 5.1- Bioética y la legislación en reproducción asistida

El paradigma de los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos se remonta a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del año 1994 en El Cairo<sup>66</sup>, en un contexto de coercitivas políticas demográficas y de control de la natalidad. Un año después, este concepto fue confirmado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer<sup>67</sup> en Beijing, en esta ocasión fue impulsado a modo de reacción de diferentes movimientos de mujeres alrededor del mundo, que sostenían una lucha en contra del control patriarcal, la violencia y humillación sobre sus cuerpos. A partir de aquí los países firmantes de los tratados internacionales implementaron principios normativos en sus países como un gran paso en los derechos de las mujeres.

En el documento se definió la salud reproductiva como:

*(...) un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. (...) En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el*

---

<sup>66</sup> [www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml](http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml)

<sup>67</sup> Conferencia Mundial sobre la Mujer es una reunión de alto nivel de los representantes oficiales de todos los estados del mundo, realizada en el ámbito del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, cuyo propósito es garantizar el adelanto de la mujer en pos de la reivindicación de sus derechos legítimos

*conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva*<sup>68</sup>.

También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. La socióloga feminista Christa Wichterich.<sup>69</sup> sostiene que:

*El paradigma de derechos sexuales y reproductivos, que inicialmente fue impulsado por los movimientos de mujeres y desde su perspectiva emancipatorio en términos de liberación de la violencia, de la coerción y discriminación, se convirtió en un peón entre dos dinámicas globales: la del mercado transnacional neoliberal y la de los regímenes políticos autoritarios y fundamentalistas religiosos. Mientras la transnacionalización y mercantilización de la reproducción avanzó rápidamente junto con el desarrollo de tecnologías de la reproducción y las biociencias, un expansivo bloque conservador de fuerzas políticas y religiosas orquestó una reacción violenta en los espacios de negociación globales y en un creciente número de países (Wichterich, 2015).*

En relación con las técnicas de reproducción asistida y el modo de legislarse en cada país se verá afectada por diversos y complejos factores culturales, morales y legales. Un punto importante que considerar es como la difusión y la globalización de las técnicas llevó a la uniformidad legislativa, siendo condicionadas a modificaciones y prohibiciones.

La primer “Vigilancia 98” en 1997, sobre reproducción asistida se realizó con la intención de lograr un documento internacional que diera cuenta de lo que la comunidad médica y

---

<sup>68</sup> UNFPA: Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Capítulo VII, párrafos 7.2 y 7.3.1. United Nations 1995. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 4 a 15 de septiembre, 1995. Párrafo 96.2, [http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa\\_s\\_final\\_web.pdf](http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf)

<sup>69</sup> Wichterich, Christa (Socióloga e imparte clases en el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Basel [https://mx.boell.org/sites/default/files/web\\_derechos\\_resproductivos.pdf](https://mx.boell.org/sites/default/files/web_derechos_resproductivos.pdf)

científica consideraría como factible. Si bien ese consenso no se logró debido a la diversidad de tradiciones, situaciones políticas y prácticas médicas, es innegable la aceptación globalizada. (Jones, 2007)

La “vigilancia” ofrece información sobre la tecnología de reproducción asistida y la fertilización in vitro que han sido aplicadas en todo el mundo. El informe se presenta año a año y al último que pudimos acceder es el correspondiente al año 2013, según este estudio todas las naciones tienen un interés legítimo en promover la seguridad y el bienestar de sus ciudadanos sometidos a una nueva terapia médica, y la práctica de las TRA han sido reguladas. Si bien la abundancia de leyes nacionales diferentes en todo el mundo puede tratar de garantizar la seguridad y la implementación de las mejores prácticas, también pueden ser influenciadas por las normas culturales, la ideología religiosa, las preferencias de los funcionarios locales, la opinión ética y la percepción del público en general.

Surveillance 2013 refleja el aumento de la FIV como una práctica clínica en todo el mundo. Si bien ha habido casos aislados de resistencia a proporcionar acceso a FIV, como en Costa Rica<sup>70</sup>, en general parece ser más amplia la aceptación de legitimidad y efectividad de la FIV y la reproducción asistida. La mayoría de estos países informó que está experimentando un aumento en los servicios de TRA de forma accesible, pero los encuestados registraron su preocupación de que estos servicios deban ser provistos de una manera más segura y equitativa para aquellos que requieren las TRA. Se observó una mayor vigilancia de los laboratorios y sanciones más fuertes.

Los encuestados informaron que la FIV generalmente se practica con tolerancia social amplia y en el 2013 la encuesta ha puesto de manifiesto una tendencia hacia una mayor inclusión y divulgación del tratamiento en cuestiones tales como anonimato con gametos de donantes. Asimismo, se ha informado de una entusiasta aceptación y utilización de nuevas

---

<sup>70</sup> [http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/ficha\\_tecnica.cfm?nId\\_Ficha=235](http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=235)

tecnologías innovadoras para pacientes infértiles y sub fértiles, así como pacientes no infértiles que requieren estos servicios especializados. Se informó que el diagnóstico genético preimplantatorio se realizó con más frecuencia y se renovó interés en el cribado genético preimplantacional. Además, las prácticas más nuevas, como la maduración in vitro, y opciones de preservación de la fertilidad para pacientes oncológicos, que incluyen crio preservación de espermatozoides, ovocitos y embriones, se están introduciendo cada vez más. (Surveillance, 2013)

Ahora bien, las regulaciones no son necesariamente el reflejo de lo que opinan las personas ni del modo en que resuelven sus problemas de fertilidad.

Una es la manera en que las sociedades definen lo éticamente aceptable y otro es el nivel individual en que cada sujeto identifica lo que considera ético o no.

Las regulaciones se circunscriben al nivel macro-ético y por ende se entrelazan con otros aspectos de la política pública desde ideologías, agendas políticas, religión y presupuesto.

Las sociedades privilegian diferentes argumentos éticos y hacen interpretaciones de modo tal de que se adapten a sus culturas y al grado de organización y presión social. A continuación, analizaremos cómo se implementó la aceptación a las TRA en nuestro país en particular a partir de 2013 con la ley de reproducción medicamente asistida.

## **5.2- Ley Argentina de reproducción asistida**

La ley 26.862<sup>71</sup> y su decreto reglamentario 956/2013, es sin duda un avance legislativo, que vino a resolver el vacío normativo.

La legislación tuvo como antecedentes -mencionados anteriormente- la interpretación de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Artavia Murillo<sup>72</sup> y los derechos a la

---

<sup>71</sup> Ley Nacional 26.862, Sancionada: junio 5 de 2013, Promulgada de Hecho: junio 25 de 2013, Fecha de Publicación: B.O. 26/06/2013

<sup>72</sup> [http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/ficha\\_tecnica.cfm?nId\\_Ficha=235](http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=235)

salud sexual y reproductiva <sup>73</sup>. Se establece el acceso integral a los procedimientos médico-asistenciales de técnicas de reproducción asistida al consagrar la cobertura médica integral con un acceso amplio a parejas de igual o distinto sexo, casadas o unidas en convivencia, a hombres y mujeres sin pareja, con problemas o no de fertilidad, a los procedimientos de inseminación homóloga y/o heteróloga mediante las técnicas de baja y alta complejidad. La normativa insta que puedan acceder a las prestaciones de reproducción médicamente asistida todas las personas mayores de edad<sup>74</sup>.

La legislación prevé posibles soluciones a potenciales problemas y desde la perspectiva de los beneficiarios es amplia e inclusiva, al no permitir introducir requisitos o limitaciones que impliquen discriminación o exclusión fundadas en la orientación sexual o el estado civil de quienes peticionan por el derecho regulado. No limita la práctica a las técnicas actuales, sino también autoriza a incluir los posibles nuevos procedimientos a partir del avance tecnológico<sup>75</sup>, en la medida en que sean avaladas por la autoridad competente. Garantiza la preservación de la fertilidad<sup>76</sup> en una población vulnerable como lo son aquellas personas -incluyendo los

---

<sup>73</sup> 4° Conferencia Mundial de la Mujer de la ONU - Pekín 1995 y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de la ONU, el Cairo 1994.

<sup>74</sup> ARTÍCULO 7° — Beneficiarios. Tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, toda persona mayor de edad que, de plena conformidad con lo previsto en la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, haya explicitado su consentimiento informado. El consentimiento es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer.

<sup>75</sup> ARTÍCULO 2° de la ley — Definición. A los efectos de la presente ley, se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones.

Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrollados mediante avances técnico-científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación.

<sup>76</sup>ARTÍCULO 8° — Cobertura. El sector público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, los cuales incluyen: a la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente

menores de 18 años- que debido a problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas puedan perder su capacidad de procrear en el futuro, y lo efectiviza a través de una cobertura financiera junto a la promoción del conocimiento de estas técnicas entre la comunidad médica. (Ferrari, 2013)

La Dra. Luna<sup>77</sup> denuncia que en 2010 la Provincia de Buenos Aires copia un sistema europeo para el suministro de tratamientos de reproducción asistida, que se torna costoso e ineficiente para los problemas propios de fertilidad. Con buen criterio sostiene que muchos de los casos de infertilidad en la población más vulnerable podrían prevenirse si se evitaban las causas, lo cuál sería más económico y sin duda más ético. Asimismo, considera de suma importancia que la salud pública tenga en cuenta las causas de la infertilidad secundaria, lo cual según expone la autora requiere de un enfoque integral y equitativo que evite la infertilidad. (Luna, 2012)

La ley parece pretender que nadie quede excluido de la procreación y que la infertilidad no sea la causa que lo evite. Sin embargo, no parece que las políticas sanitarias tengan como objetivo reducir las tasas de infertilidad. En este punto es interesante el aporte que ya hemos trabajado de Anne Donchin: quien explora las estructuras políticas y sociales en las que está inmersa la industria de la reproducción asistida. La autora sostiene que las políticas sanitarias no trabajan con el objetivo de reducir las tasas de infertilidad. La insuficiencia en la atención sanitaria, los abortos inseguros, las infecciones pélvicas mal diagnosticadas y las deficiencias nutricionales, como así también, la maternidad tardía y el daño provocado en el aparato

---

o no, o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación. Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) estos procedimientos, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios.

También 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, aun 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.

<sup>77</sup> Luna, Florencia. ( Argentina, 1962) Dra. en filosofía especialista en bioética. Es investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente de la Universidad de Buenos Aires y coordinadora del Área de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

reproductivo debido a los excesos en el uso de anticonceptivos, son las causas de infertilidad en las mujeres. El Estado en ninguna de estas situaciones que dan origen a la infertilidad, ha generado políticas públicas para evitar el flagelo y los organismos reguladores se inclinan más a responder a los intereses de grupo que a las necesidades sanitarias de las personas involucradas. (Donchin, 2011)

### **5.3- Datos estadísticos de la infertilidad y reproducción asistida en la República Argentina**

Cuando las prácticas sobre reproducción asistida comienzan a adquirir reconocimiento y popularidad, aún se desconocían las cifras que la OMS reveló sobre la infertilidad secundaria en los países en desarrollo, poniendo en evidencia que las mujeres que han sido postergadas padecen infertilidad, y que esta podría haberse evitado.

Si bien no es el tema específico de este trabajo, no podemos dejar de mencionar que la infertilidad secundaria se produce como efecto de: la discriminación hacia las mujeres, la falta de educación sexual, la falta de acceso a métodos anticonceptivos, lo cual puede dar lugar a infecciones de transmisión sexual. Sumado a ello, las secuelas que provocan los abortos inseguros y siempre clandestinos en nuestro país, es una más de las causas de infertilidad y hasta de muerte. Todos estos casos pudieron prevenirse con educación, acceso a la salud reproductiva, no discriminación y respeto. Sin duda estas mujeres tienen derecho a poder acceder a los beneficios de los avances científicos y tecnológicos y beneficiarse con la posibilidad de recurrir a las técnicas de reproducción asistida, el punto es si esto no termina cubriendo el verdadero flagelo, el que no sean respetados sus derechos de acceder en primerísimo lugar a la salud sexual.

La Dra. Florencia Luna refiere a cómo las tecnologías desarrolladas en países industrializados tienden a ser “copiadas” sin cuestionamiento alguno. Agravándose aún más cuando las condiciones culturales y socioeconómicas son muy diferentes, dónde el acceso a -

por ejemplo- un aborto seguro y legal aún hoy está puesto en discusión provocando que las mujeres se expongan a abortos clandestinos e inseguros, lo cual con frecuencia les provoca infertilidad y hasta la muerte.

*En suma, en Latino América, la infertilidad adquiere características diferentes. Sustancialmente: 1) el perfil epidemiológico de las mujeres en países en desarrollo que sufren de infertilidad cambió; 2) la situación y respeto a los derechos sexuales y reproductivos está lejos de lo que sucedía a fines de los 70 o sucede actualmente en Europa o EEUU y 3) y la forma de provisión y tratamiento de estas técnicas debe modificarse: no necesariamente debe continuar en manos privadas, o modelos públicos como los europeos con grandes costos basados en fotografías anacrónicas o en modelos copiados sin reflexión (Luna, 2013).*

Claramente no parece que las políticas sanitarias tengan como objetivo reducir las tasas de infertilidad.

Al respecto de las Técnicas de Reproducción Asistida, en el año 1985 nacían en Argentina los primeros bebés gestados por fertilización in vitro. Uno de los médicos que llevo a cabo el tratamiento fue Santiago Brugo Olmedo, en ese momento debido a la baja tasa de éxito se transfirieron los seis embriones obtenidos en laboratorio. Desde aquel momento a la actualidad, las técnicas de fertilización se han perfeccionado y se han desarrollado nuevas técnicas, como el diagnóstico genético preimplantatorio, que permite detectar anomalías antes de la transferencia de embriones en el útero e incluso la edición genética embrionaria CRISPR-Cas9 que permite realizar cambios en el genoma para la corrección de mutaciones.

Por otro lado, se han producido cambios desde el comienzo de la práctica, la modificación en la edad de las pacientes que acceden a los tratamientos antes era de alrededor de 25 años y hoy es de 37 años, dependiendo el éxito en gran medida, de la calidad del óvulo y por ende de la edad de la mujer. (Ballarino, 2016)

A partir de la reglamentación de la ley, tanto a nivel nacional como provincial, la financiación pasó de estar exclusivamente a cargo de los pacientes en forma particular a quedar también financiados por las empresas de medicina prepaga, las obras sociales y el Estado. En el año 2013 se registraron 12000 procedimientos de estimulación ovárica y posterior transferencia de embriones. Según el Registro Argentino de Fertilidad (2015) se produjo en los últimos años un súbito aumento de la aplicación de técnicas de reproducción asistida (TRA) y las estadísticas de SAMER<sup>78</sup> así lo indican.

Con relación a la preservación de la fertilidad, la ley no establece el beneficio en el caso de la vitrificación de óvulos por causas sociales, aunque según lo señalan las estadísticas cada vez más las jóvenes de las grandes ciudades incluyendo la nuestra se suman a la tendencia<sup>79</sup>, pero se puede acceder en forma privada.

Según el Cegy<sup>80</sup> la tasa para lograr un embarazo exitoso con óvulos vitrificados depende de la edad en que la mujer congela sus óvulos- cómo hemos referido a lo largo de los capítulos- y establece que en menores de 35 años es del 50%, entre 35 y 38 años es del 40%, entre 39 y 40 años del 30% y entre 40 y 42 años del 20% y según la página de Maternity<sup>81</sup> se puede hacer en doce cuotas fijas en pesos y en algunas otras páginas se ofrecen en 12.000 dólares.

La Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva brinda a través de su página, estadísticas actualizadas hasta 2016, dichos datos han sido proporcionados por 35 centros de Fertilidad de la República Argentina para el Registro Argentino de Fertilización Asistida<sup>82</sup>, dicha información es voluntaria, por lo tanto, no es completa.

---

<sup>78</sup> [https://www.sap.org.ar/docs/congresos\\_2014/Ambulatoria/Viernes/Gogorza\\_metodos.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2014/Ambulatoria/Viernes/Gogorza_metodos.pdf)

<sup>79</sup> [https://www.clarin.com/new-york-times-international-weekly/congelar-ovulos-nueva-tendencia-millennial\\_0\\_Hkmhuml\\_X.html](https://www.clarin.com/new-york-times-international-weekly/congelar-ovulos-nueva-tendencia-millennial_0_Hkmhuml_X.html)

<sup>80</sup> <https://preservarte.com.ar/> Medicina y genética reproductiva.

<sup>81</sup> <http://www.maternitybank.com/> consultada el 19 de enero 2019

<sup>82</sup> <http://www.samer.org.ar/pdf/ULTIMA-RESENTACION-DEFINITIVA.pdf>

#### **5.4- Maternidad tardía en la ciudad de Buenos Aires, una tendencia actual**

Si bien, es en los países desarrollados donde más se encuentra la maternidad tardía, en nuestro país comienza a ser propensa dicha tendencia, en particular en la Ciudad de Buenos Aires.

Según los últimos informes con fecha enero de 2019 de la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, pudimos acceder a información respecto a la fecundidad en el área metropolitana hasta el año 2017.

Los primeros datos sostienen que el nivel de fecundidad - se refiere a la correspondiente a un año o período, y se relaciona con el número de hijos nacidos vivos de las mujeres en edad reproductiva, en un momento determinado- desde 1991 se encuentra por debajo del nivel del reemplazo generacional es decir 2,1 hijos por mujer, con una proyección a futuro en que la tasa de fecundidad continúe en baja.

En 1991 la mayor tasa de mujeres que tuvieron hijos corresponde a menores de 29 años y se mantuvo estable durante diez años. Es a partir del año 2003 que lentamente comienza a aumentar, hasta que en 2013 supera los 30 años y en el 2017 los 31 años. (INDEC, 2017)

Asimismo, hasta el año 2000 se registra un corrimiento de la edad de la mujer al momento del nacimiento de sus hijos, de 25-29 años se desplaza de 30-34 años y se mantiene hasta el año 2017. Otro dato interesante es que el 55% de la fecundidad se concentra entre los 30 y 39 años.

Un indicador complementario relevado por la Encuesta Anual de Hogares 2017, señala que el 49,3% de las mujeres entre 14 y 49 años no han sido madres, destacándose que el 20% de las mujeres que están finalizando su período fértil, no han dado a luz a un hijo, lo que sugiere que probablemente estas mujeres hayan decidido no ser madres, o hayan dado prioridad al estudio y/o trabajo o que habiendo decidido tener hijos no hayan podido concebir.

En el año 2017, respecto del año 2000 se produce un importante desplazamiento en los niveles educativos en todos los grupos de edad de las madres. A medida que avanza la edad de las madres también avanza el nivel educativo, situación que estaría mostrando la postergación de la maternidad para completar los estudios superiores.

Según se consigna:

*El universo analizado de mujeres que tuvieron hijos se destaca por el desplazamiento hacía mayores niveles educativos situación que en parte explica la disminución de la tasa global de fecundidad. Se destaca el aumento de partos múltiples, situación que podría ser explicada por la reglamentación, a partir del año 2013, de la Ley 26.862 de reproducción medicamente asistida. Por último, es en los establecimientos del sector privado donde se registran los porcentajes más alto de los nacimientos. (INDEC, 2017)*

Las estadísticas<sup>83</sup> ratifican la tendencia a la postergación de la maternidad por parte de las mujeres que acceden a mayores niveles educativos. Son justamente quienes siguen una carrera profesional, e intentan aumentar sus ingresos económicos, las mujeres que deciden retrasar su maternidad, debido a la dificultad para equilibrar los diferentes roles. Evidentemente para lograr una mayor equidad de género, la educación es una vía franca, pero podría evitarse el costo que pagan – la maternidad tardía- para lograr mayores oportunidades sociales y económicas, si se implementaran políticas públicas que generaran una reducción de la carga laboral, y guarderías con horarios flexibles, de modo tal que una mujer embarazada o con hijos pequeños no tenga que conformarse con trabajos no adecuados a sus capacidades intelectuales por el hecho de considerarse que es ella quien debe quedar a cargo de la crianza de los niños.

En la Ciudad de Buenos Aires, según la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía y Finanzas en su informe sobre “*población ocupada y población*

---

<sup>83</sup> Ver gráficos estadísticos 3 y 4 sobre la reproducción asistida en nuestro país en el anexo.

*asalariada de la Ciudad de Buenos Aires desde una mirada de la desigualdad de género en el mercado de trabajo. Año 2017*” se sostiene que uno de los ámbitos en el que se manifiesta la desigualdad entre varones y mujeres es el trabajo. Más allá de la alta participación femenina en el mercado laboral y de sus mejores logros educativos en comparación con sus pares varones, las mujeres siguen concentrándose en algunas ocupaciones como servicio doméstico, salud y educación. Además, están sub-representadas en los puestos de mando -dirección y jefatura-, como así también son proporcionalmente menos en la categoría de patrones. Todo esto se traduce en que las mujeres ganan, en promedio, 23,3% menos que los varones en su ocupación principal. Si bien la brecha se reduce en el subconjunto de asalariados, sigue siendo importante: 19,2% y la normalización del ingreso por las horas trabajadas no anula la distancia. Se destaca que las diferencias salariales en detrimento de las mujeres ocurren en mayor o menor medida, pero siempre son significativas, para todas las categorías y calificaciones ocupacionales, todos los grupos ocupacionales -carácter general y específico-, todos los tamaños de establecimientos contratantes y sectores público y privado y ambas condiciones de registro en la seguridad social<sup>84</sup>. La sociología laboral ha analizado y reconocido que

*La doble discriminación de las empresas -el mantenimiento de estereotipos y la instrumentalización del cuidado- y la asignación del trabajo reproductivo en las familias, determina la segmentación laboral de los hombres y las mujeres en cuanto a las ramas de actividad, tipo de ocupación, ubicación jerárquica y el perfil de la carrera profesional (CEPAL 2012)*

Si bien la autonomía procreativa implica la decisión de tener como de no tener hijos, y en caso de tenerlos, cómo y cuándo, esta se puede ver condicionada por las desigualdades de género y la falta de políticas públicas que colaboren para que ambos padres puedan lograr la

---

<sup>84</sup> Ver gráficos 5 y 6 en el anexo.

igualdad salarial o hacerse cargo de la crianza de los niños, por ejemplo, facilitando licencias a cualquiera de los miembros de la pareja parental.

Otro punto para tener en consideración es que los conceptos de familia, madre, padre y niñez son dinámicos. Dichos cambios no son lineales, ni unívocos, ni siquiera regulares y mucho menos involucra a todos por igual, pero podemos afirmar que los conceptos que imperaban en el imaginario colectivo atraviesan un momento bisagra. Durante mucho tiempo las pautas establecidas socialmente imponían mandatos que se han puesto en crisis, lo que conlleva a que las mujeres como protagonistas de muchos de estos cambios se confronten con decisiones muy complejas desde muy jóvenes.

No tener hijos es una decisión que comienza paulatinamente a ser escuchada y respetada por los miembros de la sociedad, y no necesariamente se las cataloga a las mujeres de egoístas, inmaduras o se considera que algún día cambiarán de opinión, ni que odian a los niños o que quedarán viejas y solas, hasta incluso comienzan a no necesitar dar explicaciones.

Asimismo, decidir tener hijos, sigue entendiéndose como hijo biológico y solo en ocasiones se considera la adopción como una posibilidad. Así que debe pensarse cómo y cuándo serán concebidos y gestados, si de modo natural o a través de técnicas de reproducción asistida. Y en caso de no encontrar una pareja con quien planificarlo y mientras se obtienen los logros académicos y económicos deben pensar, también, si no es tiempo de vitrificar óvulos por si llegado el momento “adecuado” ya no se es fértil. En el caso de optar por vitrificar óvulos, esto involucra necesariamente el uso de técnicas de reproducción asistida lo que implica tomar la decisión de qué hacer con los embriones restantes. También deben pensar en lo conveniente de la búsqueda de un niño sano, ya que de hecho está permitido el análisis genético preimplantacional (AGP) para evitar la transmisión de enfermedades monogénicas, lo que se lleva a cabo mediante la selección de embriones y en un futuro próximo se podrá hacer edición

de genes. A la mujer actual, de un modo u otro, se le exige que dé respuesta a todas estas cuestiones.

Todo lo antes dicho implica tener autonomía reproductiva, lo que nos lleva a preguntarnos cuales son las condiciones imprescindibles para que las mujeres puedan tomar una decisión libre. En primer lugar, deben poder acceder a la educación sexual y reproductiva, en segundo lugar, tienen derecho a que sus médicos les informen y asesoren adecuadamente sobre los riesgos físico, psíquicos de sus elecciones y tienen derecho a tomar decisiones sin coerción.

La decisión debe ser producto de un análisis que tenga en cuenta todos los aspectos involucrados, los efectos físicos y psíquicos para sí misma y para terceros. Es aquí donde la Bioética adquiere relevancia, en una posición laica, democrática y pluralista para abordar las posibilidades que las nuevas tecnologías en tema de reproducción, teniendo como meta generar espacios de deliberación que contribuyan a formar un pensamiento crítico para abordar los dilemas actuales.

## Capítulo VI

*Los individuos quieren satisfacer todos sus deseos, los cuales presentan como expresión de autonomía y, al mismo tiempo, estos deseos son el reflejo de normas sociales. La autonomía identificada con la independencia ha perdido aquello que la unía a los otros, el bien común, a lo universal o a la razón, que en Kant y en Rousseau constituían su medida. Se ha llenado de deseos individuales que instauran el reino de la heteronomía en el sentido Kantiano del término y son el lugar de la alienación. (Pelluchon, 2013)*

- La vitrificación de óvulos ¿un caso de autonomía inducida?
- Hacia una mirada crítica de la preservación de la fertilidad por causas sociales.

### 6.1- La vitrificación de óvulos, ¿un caso de autonomía inducida?

A lo largo del trabajo hemos desarrollado el concepto de autonomía a la luz de la Bioética y cómo el corrimiento de las fronteras de la ciencia médica, junto con la medicalización de la reproducción son facilitadores de una respuesta individual a carencias sociales y al ejercicio de una autonomía inducida por las exigencias sociales y del mercado. Asimismo, hemos abordado como la vitrificación de óvulos por causas no terapéuticas y su posterior aplicación de las TRA, lejos de favorecer la autonomía reproduce la asimetría y la desigualdad de género.

Lo que queda oculto detrás de esta elección reproductiva presentada como elección individual son condiciones estructurales, entre las que se encuentran las reglas del mercado, y el deslizamiento de las responsabilidades hacia el individuo por sus elecciones. “(...) *Una mercancía, que es vendida por instituciones privadas a unos ‘consumidores’ que realizan elecciones racionales y basadas en sus propios intereses.*” (Declercq A. M., 2017)

Corine Pelluchon<sup>85</sup>, refiere a la posibilidad de interrogarnos acerca del principio de autonomía<sup>86</sup>, que cobró importancia -con el surgimiento de la Bioética durante los años 70 y

---

<sup>85</sup>Pelluchon, Corine. (Francia, 1967) Filósofa y profesora de filosofía en la Universidad de París-Est-Marne-La-Vallée. Es especialista en filosofía política y ética aplicada y se ha centrado especialmente en cuestiones de bioética, filosofía del medio ambiente y política del animalismo.

<sup>86</sup> Para Beauchamp, T. y Childress, J., el individuo autónomo es el que «actúa libremente de acuerdo con un plan auto escogido» Según afirman estos autores, todas las teorías de la autonomía están de acuerdo en dos condiciones esenciales: a) la *libertad*, entendida como la independencia de influencias que controlen, y b) la *agencia*, es decir, la capacidad para la acción intencional.

del que ya hemos hecho referencia- en el contexto de un movimiento de impugnación a la autoridad y de erosión de la confianza, basta para garantizar el respeto a la persona. Convirtiéndose la autonomía en una fuente de valor en sí misma, dónde las decisiones individuales deben ser respetadas. Independientemente de su contenido o grado de sabiduría, siempre que surja del sujeto. (Pelluchon, 2013)

La autodeterminación es esencial para el individuo, pero en el ámbito de la salud, solo es posible si el profesional a cargo se hace del tiempo necesario para lograr un diálogo empático y así transmitir la información necesaria para permitir que el paciente pueda tomar una decisión y dar su (CI) consentimiento informado.<sup>87 88</sup>

En relación con el consentimiento informado como manifestación del principio de autonomía, se lo define como "*una declaración de voluntad efectuada por un paciente quien luego de recibir información suficiente referida al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone como médicamente aconsejable, decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención*". En igual sentido, la Ley argentina N° 26.529 de Derechos del Paciente (s/texto ley 26.742)<sup>89</sup> al decir: "*Entiéndase por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada...*" (art. 5).

---

<sup>87</sup> Ley 26.529 art.5 ARTICULO 5º — Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

<sup>88</sup> Ver en el anexo formulario N°1 la propuesta 2019 de la Red Lara para el CI en vitrificación de óvulos.

<sup>89</sup> <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

Los deseos de los individuos son pensados como la fuente de derecho. La idea que subyace es que el ser humano nunca debería experimentar la frustración. De modo tal que el deseo es reducido a la satisfacción.

Los objetivos asignados a la medicina ya no son meramente terapéuticos, ahora también generan la expectativa de terminar con la frustración y el fracaso. En ocasiones las personas hacen un corrimiento de su responsabilidad como sujetos para dejarla en manos de profesionales que a través de dispositivos técnicos limiten lo imprevisible.

De ningún modo se cuestiona el avance de la tecnología ni si las prácticas son buenas o malas, sino en la posibilidad de interrogarnos sobre nuestras prioridades y preguntarnos sobre el uso de ciertos conceptos. El avance de las biotecnologías y las modificaciones sociales de las últimas décadas nos exigen una y otra vez replantearnos lo obvio.

Las personas quieren vivir como les parece y su deseo se transforma en ley. Hoy en día la libertad se inscribe en la imposibilidad de tolerar la incertidumbre y el riesgo, y en la demanda de que la sociedad debe ofrecer los medios para satisfacer ese deseo. El miedo a la muerte ha sido desplazado por el temor al fracaso, lo irreversible y la pérdida. Donde la no realización de un deseo es leída como fracaso personal o cómo lo llamó Kierkegaard el desespere<sup>90</sup>.

## **6.2- Hacia una mirada crítica de la “preservación” de la fertilidad por causas no terapéuticas**

Teniendo en cuenta que se han reportado 4.461.309 ciclos de reproducción asistida durante los años 2008 a 2010 en 60 países, con una tasa de 19% de niños nacidos. Según el informe del Comité Internacional de Monitorización de las Técnicas de Reproducción Asistida el 23 % de las mujeres tenían más de 40 años. (Technology I. C., 2009-2010) Puede afirmarse que el aumento de las TRA no ha resuelto las causas de la infertilidad ni aun su disminución.

---

<sup>90</sup> “La enfermedad mortal” es un libro escrito por el filósofo Søren Kierkegaard en 1849 bajo el seudónimo de Anti-Climacus. Una obra del existencialismo cristiano, el libro es sobre el concepto de la desesperación, el cual equipara con el concepto cristiano de pecado, particularmente el pecado original.

Parece que no se ha tenido en cuenta que el envejecimiento ovárico fisiológico caracterizado por una pérdida progresiva de la cantidad y la calidad de los óvulos disminuye el período reproductivo de la mujer que culmina en la menopausia.

La aplicación de la técnica de vitrificar óvulos por razones sociales es el intento de prolongar la fertilidad e implica componentes médicos, bioéticos y sociopsicológicos. Por un lado, pareciera que la tecnología está brindando una oportunidad para que las mujeres puedan desarrollarse profesional y personalmente, permitiéndoles tener control sobre el momento de reproducirse. Pero, por otro lado, se siguen reforzando los mandatos sociales en torno a la maternidad.

Las TRA han permitido que, en los últimos años, treinta millones de personas tengan hijos biológicos, y que la reproducción humana se convirtiera en una industria que genera miles de millones de dólares, cómo lo señala Deborah Spar en su libro *The Baby Business: Cómo el dinero, la ciencia y la política impulsan el comercio de la concepción* (2006) en el que enumera las ganancias de las clínicas de fertilidad. Con las TRA se está generando la privatización de los cuerpos y en particular el de la mujer. De este modo, esta nueva privatización contradice al decir de Wendy Harcourt<sup>91</sup>, la lucha de las mujeres por obtener el control de sus cuerpos, habiéndose convertido las funciones biológicas de la mujer en bienes de mercado.” *Los cuerpos femeninos se consideran más manipulables y accesibles, y las propias mujeres son económicamente más vulnerables.*” (Harcourt, 2011)

Esta creciente tendencia de la reproducción tardía genera la demanda de las técnicas medicamente asistidas por parte de mujeres que creen que pueden preservar su fertilidad a cualquier edad. Las estadísticas del año 2011 en EE. UU indicaron que el 41,2% del volumen total de ciclos de FIV se produjo en mujeres entre 35 y 40 años, y el 14.5% en mujeres mayores

---

<sup>91</sup>Harcourt, Wendy. (Australia, 1959) Dra. En filosofía, investigadora y activista feminista que trabaja en la Sociedad para el Desarrollo Internacional de Roma como asesora principal y redactora jefa de la publicación trimestral Development.

de 40 años. Según un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Montreal, la motivación para la vitrificación de óvulos entre los años 2005 y 2014, fue que el 38% de las mujeres expresaron su deseo de convertirse en madres solteras en un futuro sino encontraban pareja, solo el 17.9% en situación de pareja y el 43,2 % no estaban seguras de sus intenciones futuras. La edad media de las mujeres que preservaron sus óvulos fue de 37.9 años. (Mc Gill University, 2016)

El hecho que las mujeres pasen en simultáneo por la etapa de reproducción fértil y de producción laboral o intelectual, y que la tecnología este proporcionando la vitrificación social de óvulos, es en ocasiones estimulado por la propaganda y la publicidad-como ya se ha señalado-, aun cuando no se les brinda a las mujeres toda la información necesaria para tomar la decisión (Cha, 2018).

Por lo general los medios de comunicación enfatizan los beneficios y minimizan los riesgos, lo que puede transformarse en una coacción hacia las mujeres para asegurarse la oportunidad de tener un hijo genéticamente relacionado y sano. La congelación de óvulos por causas sociales es otra ocasión de responder a un problema no médico con la medicalización de la reproducción. Una vez más la ciencia toma al cuerpo con cierta pretensión de aislar las emociones y los efectos psíquicos que estas decisiones conllevan, más allá de los riesgos físicos- que fueron detallados- a las que se exponen por causas no terapéuticas.

Una cosa es la promoción de conocimiento y la información adecuada y otra la publicidad de un tratamiento médico. Sin embargo, podemos observar cómo los medios de comunicación arengan acerca de las virtudes de la técnica y provocan un aumento del interés por la congelación de óvulos.

En el año 2014, tomó estado público a través de la prensa que empresas como Apple y Facebook<sup>92</sup> incentivaron a sus empleadas mujeres con el pago del tratamiento para la

---

<sup>92</sup> [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141015\\_tecnologia\\_empresas\\_empleadas\\_ovulos\\_msd](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141015_tecnologia_empresas_empleadas_ovulos_msd)

preservación de sus óvulos. Si bien la noticia fue difundida bajo una connotación positiva lo cierto es que no está exenta de polémica.

Generó posiciones contrapuestas como la que planteó el director médico de Care Fertility, una cadena de clínicas para la fertilidad ubicadas principalmente en el Reino Unido: "*Es algo muy bueno que las empresas estén viendo esto como parte de su responsabilidad con sus empleadas femeninas y que empresas con visión de futuro como Facebook estén haciendo algo al respecto*". Mientras que Daisy Sands, de la Sociedad Fawcett, quien aboga por la igualdad de las mujeres plantea que:

*La brecha salarial da un salto para las mujeres en sus 30 y eso es porque, después de tener hijos, muchas mujeres se ven obligadas a disminuir su nivel de antigüedad y de pago, debido a que los puestos de trabajo que ocupaban antes simplemente ya no están disponibles con el mismo nivel de flexibilidad, congelar óvulos no es la respuesta (BBC, 2014).*

Sin embargo, las propuestas continúan, recientemente la empresa Mercado Libre<sup>93</sup> anunció que daría apoyo económico, un cofinanciamiento del 70% para la congelación de óvulos, “beneficio” dirigido a las mujeres de la empresa mayores de 33 años que quieran posponer su maternidad.

El ofrecimiento por parte de las empresas para que las mujeres vitrifiquen sus óvulos puede inducir la toma de decisiones que vulneran la libertad y la autonomía, reforzando el modelo de madre es quien da a luz un niño. Una vez más se obtura la posible pregunta de cualquier mujer si quiere o no, ser madre. Desde esta propuesta tan atractiva en apariencia, lo que claramente queda por fuera es el sujeto.

---

<sup>93</sup> Ideas.mercadolibre.com

La propuesta de vitrificar óvulos por causas no terapéuticas es asignarle a la mujer el rol de quien debe perpetuar por naturaleza el lazo biológico, enfatizando el narcisismo de la sangre como mandato social, facilitado ahora, por la tecnología médica.

Vitrificar óvulos fuera de un plan terapéutico es una decisión que incide sobre el plan de vida personal, familiar y ahora también laboral.

Proponer a las mujeres extraer sus óvulos aún antes de haberse planteado la pregunta por su deseo, es generar una demanda. Lo que nos lleva a situar al mercado como principal beneficiario. Para ello es necesario ubicar que siempre que se vitrifiquen óvulos se deberá recurrir a técnicas de reproducción medicamente asistida de alta complejidad. Asimismo, al incitar a la vitrificación se evita tener que recurrir en un futuro a la ovodonación- que en muchos países comienza a legislarse para que deje de ser anónima- asegurando el linaje.

Los nacimientos registrados a nivel mundial llegan a siete millones de bebés desde el primer tratamiento in vitro en 1978. En Estados Unidos las TRA facilitan que nazcan más de 50.000 bebés cada año a través de 263.000 procedimientos de FIV, cifra de Research and Markets<sup>94</sup>.

El aumento de la maternidad tardía es un fenómeno global, acrecentando los tratamientos por TRA. Las nuevas dinámicas demográficas están provocando un negocio seguro para las clínicas de fertilidad asistida, según estimaciones de Allied Market<sup>95</sup> el mercado alcanzará en 2023 los 27.500 millones de euros en el mundo, con tasas de crecimiento anuales del 9%. Una de cada seis parejas experimenta problemas de fertilidad en algún momento de su vida reproductiva, según la sociedad médica de fertilidad europea (ESHRE)<sup>96</sup>. Y el mercado potencial crece con más de siete millones de mujeres que retrasan la maternidad por circunstancias profesionales y personales cada año.<sup>97</sup>

---

<sup>94</sup><https://www.researchandmarkets.com/>

<sup>95</sup> <https://www.alliedmarketresearch.com/press-release/fertility-services-market.html>

<sup>96</sup> <https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources>

<sup>97</sup> “La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas”  
<https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/libros/libroBlanco.pdf>

Como hemos expuesto, la edad en el que las mujeres tienen su primer hijo es a partir de los 32 años, con una tendencia en alza a intentar un embarazo entre los 38-40 años, que es la edad en que la mujer busca soluciones a través de las TRA.

La sociedad en que se estamos insertos talla los ideales y los transforma en preformativos, lo que se estimula es que la mujer debe avanzar hacia sus metas profesionales, adquirir estabilidad financiera, y ser madre, cuando es joven o en cuanto termine de cumplir con los objetivos profesionales, pero ser madre y de hijos genéticamente relacionados. Es dable considerar que preservar las opciones reproductivas robustece las normas sociales establecidas y refuerza la díada mujer-madre.

## Reflexiones finales

En el presente trabajo se desarrolla el concepto de infertilidad y se analiza de qué manera el deseo de tener hijos y no lograrlo puede adquirir el estatus de enfermedad.

La sociedad contemporánea continúa presionando, de diversas formas, a las mujeres para que se conviertan en madres sin considerar los costos en términos emocionales y físicos que tal mandato conlleva. La maternidad se convierte en un objetivo a alcanzar y muchas mujeres soslayan interrogarse sobre cuán libre es su decisión y cuánto tiene de exigencia social.

Asimismo, hemos analizado como el modelo médico hegemónico impone como enfermedad hechos no patológicos, hechos que involucran la vida erótica y la reproducción. Abordamos las técnicas de reproducción asistida, poniendo especial énfasis en la aplicación de las técnicas de fertilización al servicio de mujeres fértiles -no por razones terapéuticas sino en base a preferencias personales o presiones sociales- y cómo en la oferta tecnológica de diferir la maternidad subyace el mandato de maternidad.

Haber abordado algunos de los aportes que ha realizado el feminismo, y en particular la Bioética feminista, nos ayudó a analizar como la capacidad biológica de las mujeres se ha transformado en un imperativo y como el avance de la tecnología ha contribuido a reproducir la desigualdad en las relaciones de género, poniendo en crisis el concepto de autonomía.

Si bien en los últimos años las mujeres han logrado importantes avances en la sociedad, aún perduran inadmisibles situaciones de discriminación. No son pocos los casos en que, simultáneamente al momento de insertarse en el ámbito laboral, las mujeres se indagan sobre en qué instancia, presente o futura, se convertirán en madres y consecuentemente, responsables del cuidado y la crianza de los niños. Este escenario que se representa casi como un designio insalvable constituye un obstáculo concreto para el desarrollo profesional y el libre acceso de las mujeres al mercado laboral, que se agrava aún más por la disparidad en las remuneraciones entre mujeres y hombres que aún subsiste.

Al mantenerse prácticamente intactos los mandatos patriarcales que indican que el cuidado y la crianza deben ser roles naturales y propios de las mujeres, se demoran políticas laborales que promuevan la corresponsabilidad en la crianza de los hijos y remuevan la díada cristalizada mujer -madre y padre-proveedor.

Hemos identificado cómo los ideales normativos del denominado “pronatalismo” suelen estar sostenidos por una ideología patriarcal y sexista, donde el embarazo de la mujer y la transmisión genética del varón refuerzan los estereotipos. Además, las referidas concepciones pronatalistas favorecen la estigmatización social y el consecuente sufrimiento que experimentan muchas mujeres que al no tener hijos se auto perciben como incompletas.

Se ha analizado el encuadre legal de la reproducción humana medicamente asistida en la República Argentina a través de lo dispuesto en la ley 26862 y de qué manera se incorporaron los derechos sexuales y reproductivos consagrados en los tratados internacionales de Derechos Humanos, al respecto se ha cuestionado si la legislación así establecida es suficiente para garantizar la autonomía reproductiva de las mujeres.

Hemos examinado también cómo se naturaliza el uso de la tecnología en virtud del control que en la actualidad el mercado ejerce sobre los cuerpos, al producir sujetos consumidores mediante el uso de la publicidad, se ajustan a la narrativa de elección y consumismo.

Conforme se desprende de lo analizado, concluimos que la vitrificación de óvulos en mujeres fértiles sin causas terapéuticas y con la consecuente aplicación de técnicas de alta complejidad de reproducción asistida es impulsada por un mercado que oferta supuestos beneficios. De esta manera, consiste en una respuesta individual a carencias socialmente impuestas y desemboca en el ejercicio de una autonomía inducida, impidiendo el pleno ejercicio de los derechos y libertades de las mujeres.

Debe respetarse la autonomía reproductiva de la mujer en su dimensión real y compleja, y no inducirlas a una maternidad impuesta a cualquier costo como parte del mandato patriarcal vigente.

## Referencias Bibliográficas

- ACOG. (2016). Recuperado de <https://esl.proz.com/kudoz/english-to-spanish/medical-general/2431496-the-american-college-of-obstetricians-and-gynecologists-committee-on-obstetric.html>
- Alvarez Díaz, J. (2007). *Historia contemporánea: las técnicas complejas de reproducción asistida*. (Ensayo pdf) Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom075i.pdf>
- Alvarez Diaz, J. (2007). En v. 7. *Ginecología y Obstetricia de México*. Mexico.
- Alvarez Diaz, J. (2011). *Infertilidad y técnicas de reproducción humana asistida: de la medicina clínica a la medicina social*. (archivo PDF) Recuperado de [https://www.academia.edu/1406485/Bioetica\\_infertilidad\\_y\\_tecnicas\\_de\\_reproduccion\\_humana\\_asistida\\_de\\_la\\_medicina\\_clinica\\_a\\_la\\_medicina\\_social](https://www.academia.edu/1406485/Bioetica_infertilidad_y_tecnicas_de_reproduccion_humana_asistida_de_la_medicina_clinica_a_la_medicina_social)
- Alvarez, H. M. (2012). *La autonomía Principio ético contemporáneo*. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, ISSN-e 2216-1201*, Vol. 3, Nº. 1, 2012, págs. 115-132.
- AMM. (1948). Recuperado de <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/>
- AMM. (1964). Recuperado de <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- AMM. (2006). Recuperado de <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-la-asociacion-medica-mundial-quinta-conferencia-mundial-de-la-amm-sobre-educacion-medica/>
- Amorós, C. &. (1997). *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra.
- ASRM. (4 de enero de 2007). Recuperado de <http://www.asrm.org/Media/Press/AM07urgecautioneggfreezing.html>
- ASRM. (04 de 01 de 2012). Recuperado de The Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine ... Society for Reproductive Medicine and Society for Assisted Reproductive Technology, Birmingham, AlabFertil Ste® 2013;99:37–43
- ASRM. (2014). Recuperado de Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) - ReproductiveFacts.org
- ASRM. (2014). Recuperado de <https://www.reproductivefacts.org/news-and-publications/patient-fact-sheets-and-booklets/documents/fact-sheets-and-info-booklets/can-i-freeze-my-eggs-to-use-later-if-im-not-sick/>
- Ballarino, F. (7 de febrero de 2016). *A 30 años de los primeros bebés in vitro de Argentina*. *Perfil*. Recuperado de <http://www.perfil.com/noticias/ciencia/A-30-anos-de-los-primeros-bebes-in-vitro-de-Argentina-20160207-0053.phtml#>
- Ballesteros&Izquierdo. (s.f.). Recuperado de <http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/guiasPracticaClinicas/guia23.pdf>
- BBC. (2014). Recuperado de [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141015\\_tecnologia\\_empresas\\_empleadas\\_ovulos\\_msd](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141015_tecnologia_empresas_empleadas_ovulos_msd)
- BBC. (2016). Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias->
- BBC. (2016). Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias->, 2016
- BBC. (2017). Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-40961094> .
- Boivin, J. (2015). *About the Starting Families study*. Recuperado de [http://www.icsicommunity.org/\\_files/f/1452/Fertility%20-%20The%20Real%20Story.pdf](http://www.icsicommunity.org/_files/f/1452/Fertility%20-%20The%20Real%20Story.pdf)
- Brugo-Olmedo. (2003). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 54, núm. 4, 2003, pp. 227-248. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214309003.pdf>
- Butler, J. (2009). *Dar cuenta de sí mismo*. bsas: Amorrortu editores.

- Byung-Chul, H. (2017). *Psicopolítica*. Alemania. Herder Editorial
- Cambrón Infante, A. (2000). *Fecundación in vitro y agresiones al cuerpo de la mujer*. Madrid. Editorial Trotta
- Cha, A. E. (10 de febrero de 2018). *La congelación de óvulos es un tema de números que muchas mujeres desconocen*. Recuperado de <https://www.infobae.com/america/wapo/2018/02/10/la-congelacion-de-ovulos-es-un-tema-de-numeros-y-muchas-mujeres-no-lo-saben/>
- Chatel, M. M. (2004). *Infertilidad medicina y deseo*. En *Malaise dans la procreation*. Paris. Editorial Albin Michel.
- Chodorow, N. (2015). *El ejercicio de la maternidad*. Madrid: Gedisa.
- Conbioética. (1979). *Informe Belmont*. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. (archivo pdf). Recuperado de [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.\\_INTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf)
- Conbioética. (1997). *Código de Nuremberg*. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. (archivo pdf) Recuperado de [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf)
- Croci, P. (2011). *Los cuerpos dóciles. Hacia un tratado de la moda*. La Marca Editora.
- De Miguel, A. (1995). *El feminismo a través de la historia*. Pamplona: Verbo Divino .
- Declercq, A. M. (2012). Promoción de la autonomía en salud reproductiva.(archivo pdf) Recuperado de [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/40477/Pages\\_from\\_Investigacion\\_Genero\\_12-1097-1508-12.pdf](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/40477/Pages_from_Investigacion_Genero_12-1097-1508-12.pdf)
- Derderian. (16 de 07 de 2019). Recuperado de <http://comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites>
- Diniz, D. (2003). *Infertilidad e Infecundidad: Acceso a las Nuevas Tecnologías Reproductivas* Conceptivas. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/etica/>.
- Donchin, A. (2011)..*In whose Interest? Policy and Politics in Assisted Reproduction*, 93. *Bioethics*, Vol. 25, Issue 2
- Ergas, Y. (2000). *El sujeto mujer: el feminismo de los años sesenta y ochenta*. En &. M. G. Duby, *Historia de las mujeres en occidente (vol 5. El Siglo XX)* (págs. 132-136). Madrid: Santillana.
- ESHRE. (2018). <https://www.eshre.eu/Books/ESHRE2018/PCC16.pdf>.
- ESHRE-ASRM. (2017). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028217304077>.
- Ferrari, M. L. (2013). *“Reproducción médicamente asistida. Análisis de la ley 26.862”* . Recuperado de “ en Boletín Diario ErreNews - Novedades - Nº 1698, Suplemento especial on line.
- Foucault, M. (1998). Vol.1 La voluntad del saber. En M. Foucault, *Historia de la sexualidad* (págs. 166-169). Barcelona: S XXI Editores, vigésima quinta edición.
- H.I. (2017). *Perfil Epidemiológico de pacientes que vitrifican ovocitos Periodo 2014-2016*.
- Harcourt, W. (2011). *Desarrollo y políticas corporales*. Debates críticos de género y desarrollo. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- Harwood. K. (2007). *The infertility y feminist ethics, personal choice and the use of reproductive technologies*. North Carolina: The university of North Caroline press, Chapel Hill. Recuperado de [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1314535](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1314535)
- Harwood, K. (2008). *Egg Freezing: Breakthrough for reproductive autonomy?* Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8519.2008.00680.x>

- ICMART. (2009). Los gobiernos deben responsabilizarse por tratar las enfermedades olvidadas. *El país, madrid*. Recuperado de <https://academic.oup.com/humrep/article/24/11/2683/6291681>
- Ilich, I. (1975) *Nemesis médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores
- Jaggar, A. (2001). Recuperado de <http://www.filosoficas.unam.mx/~gmom/etica2/Jaggar-Eticafeminista.pdf>
- Jones, H. C. (2010). "IFFS Surveillance 07". *Fertility and Sterility*, . (archivo pdf) Recuperado de [https://www.infertilitynetwork.org/files/IFFS\\_Surveillance\\_2010.pdf](https://www.infertilitynetwork.org/files/IFFS_Surveillance_2010.pdf)
- Kant, I. (1973). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa— Calpe, Cuarta Edición, 1973, trad. de M. García Morente, pp. 72— 84.
- Laborie. (1992). Les dones, les embrions, els metges les noves tecnologies de reproduccion. En *In vitro a debate* (pág. 185). Barcelona.
- Lacadena, J. (2011). Discurso leído en la Solemne Sesión Inaugural del curso. Recuperado de <http://www.analesranf.com/index.php/discurso/article/view/>. Madrid: Real academia de Farmacia.
- LLerena. (2012). *Criopresevación de gametos y embriones humanos*. Recuperado de <http://www.redlara>
- Luna, F. (2008). *Bioética, Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires, Fondo de la cultura económica.
- Luna, F. (2013). *Revista de Bioética y Derecho, Infertilidad en Latinoamérica, en busca de un nuevo modelo*. (archivo de pdf) Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n28/articulo3.pdf>
- Martí Gual, A. (2011). *Maternidad y Técnicas de reproducción asistida. Tesis doctoral, Universidad Jauré*. Recuperado de <http://www./TESIS/Tesis%20doctoral%20anamarti.pdf>
- Masoli, D. (mayo de 2010). *Revista Médica Clínica Las Condes Volume 21, Issue 3, Pages 363-3.: Diagnóstico de la infertilidad: estudio de la pareja infértil*
- Mc Gill University, M. (2016). *A decade of social fertility preservation*. Recuperado de <https://smjournals.com › download › smjrhi-v1-1002>
- Mc Neil, M. (2008). *Feminist cultural studies of science and technology*. London: Routledge.
- Mill, J. S. (1984). *Sobre la libertad*. Madrid: Editorial Sarpe.
- Mills, M. e. (2011). *¿Por qué la gente pospone la paternidad? Motivos e incentivos de política social*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529638/>
- Montse, J. (2007). *Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción. Reis, Univesrsidad de Barcelona*.
- Montse, J. (2007). *Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción. Universidad de Barcelona*. (archivo pdf) Recuperado de [HYPERLINK "http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_053\\_05.pdf"](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_053_05.pdf)
- Moreira, G. &. (2016). Los movimientos emancipadores del S XIX yXX y sus herencias. *La deconstrucción del sexo* (pág. 179). Buenos Aires: Warren ediciones.
- Nudler, A. &. (2005). Prácticas y subjetividades parentales. *Revista de estudios de género, La ventana* (22), 269-285.
- OMS. (2014). Recuperado de <https://academic.oup.com/humrep/article/24/11/2683/629168>
- Papier, S. (18 de 03 de 2014). Fertilidad y embarazo: todo lo que necesitas saber para congelar tus óvulos. *Clarín*. Recuperado de <https://www.clarin.com/embarazo/fertilidad-fertilizacion-asistida-ovulos-congelar-reserva-ovarica-mujer-embarazo-hijos-quedar-embarazada-edad-35-anos-40-anos-reproduccion>
- Payer, L. (1992). *Promotores de enfermedades, lo que hacen los médicos, las compañías farmacéuticas y aseguradoras para que se sienta usted enfermo*

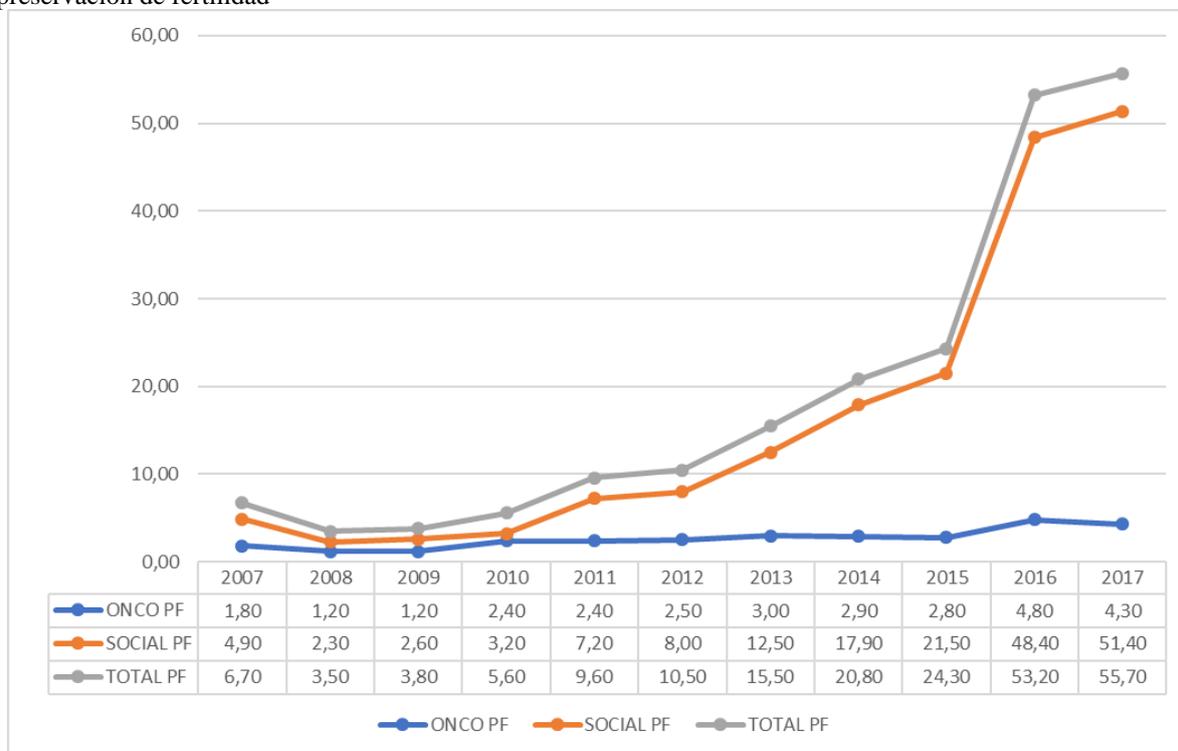
- Pellegino, E. D. (1990). La Relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. (archivo pdf) Recuperado de [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p379.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p379.pdf).
- Pelluchon, C. (2013). La autonomía quebrada. (pág. 187). Bogotá: colección bios y oikos.
- Perez Millan. (2009). "Breve explicación de las técnicas reproductivas: ¿cuáles son, en qué consisten". En F. y. Abellán, *Bioética y ley en reproducción humana asistida. Manual de casos clínicos*. (págs. 254-259). Granada: Comares.
- Petropanagos, A. (2013). *Fertility Preservation Technologies for Women: A Feminist Ethical Analysis*. Recuperado de Electronic Thesis and Dissertation Repository, 1299
- Pintos Palacio, F.(2015). *Nacidos para salvar*, Un estudio jurídico del bebé medicamento. (tesis) UNED. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=125488>"
- Plaza, C. A. (2008). *La búsqueda de la eterna fertilidad*. Alcalá: Alcalá grupo editor.
- PubMed. (2006). *Definición de "infertilidad"*. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2006: S228: Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17055830>
- RLA (2019). Registro latinoamericano de Reproducción Asistida (archivo pdf) Recuperado de HYPERLINK "[https://redlara.com/PDF\\_RED/RLA\\_TGMID\\_2019\\_esp.pdf](https://redlara.com/PDF_RED/RLA_TGMID_2019_esp.pdf)"
- Roberts, D. (1996). *Race and the New Reproduction*. (archivo pdf) Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/894a/e1163eb6bebf32e90277293d4ec71b56d1.pdf>
- Rodrigo, A., & al, e. (10 de 08 de 2018). *Reproduccion asistida org*. Recuperado de <https://www.reproduccionasistida.org/el-proceso-de-la-fecundacion-in-vitro/>
- Rosendo, G. (22 de 08 de 2017). *7 Datos sobre la congelación de óvulos que quizás no conocías*. BBC, Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-40961094>
- Roudinesco, E. (2013). *La familia en desorden*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- SAMER. (2017). Recuperado de [http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2017/numero\\_2/almer.pdf](http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2017/numero_2/almer.pdf)
- Samuel S. C. Yen, R. B. (2001). *Endocrinología de la Reproducción. Fisiología, fisiopatología y manejo clínico*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A. Recuperado de [www.cegyrdocencia.com.ar/definicion-de-infertilidad](http://www.cegyrdocencia.com.ar/definicion-de-infertilidad)
- Santamaña. (2000). *Técnicas de Reproducción asistida. Aspectos Bioéticos*. (archivo pdf) Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/37.pdf>.
- Santi, F. (2007). *Cuerpos normales, cuerpos funcionales: técnicas de reproducción asistida. Perspectivas Bioéticas, año12, número 22, primer semestre de 2007, ediciones del signo*.
- Sherwin, S. (1998). *"Hacia una ética feminista del cuidado de la salud"*. México D.F. : Miguel Angel Porrúa
- Sibilia, P. (2005). *El hombre postorgánico: Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires.Fondo de Cultura Económica. Rescatado de HYPERLINK "<https://comunicacionunal.files.wordpress.com/2010/09/sibilia-paula-el-hombre-postorganico.pdf>" <https://comunicacionunal.files.wordpress.com/2010/09/sibilia-paula-el-hombre-postorganico.pdf>
- Simopoulou, M., & al, e. (2018). *Posponer el embarazo a través de la crioconservación de ovocitos por razones sociales: consideraciones con respecto a la práctica clínica y las cuestiones socio-psicológicas y bioéticas involucradas*: Recuperado de <https://www.mdpi.com/1010-660X/54/5/76/htm>
- Stanford, e. (2018). *Perspectivas feministas sobre la autonomía*. Recuperado de <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-autonomy/>
- Stoop, D., & E. Maes, N. P. (2015). *Human Reproduction, vol.30,Nº 2pp 338-344*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432922>
- Surveillance. (19 de 09 de 2013). Recuperado de [m/www.iffs-reproduction.org/resource/resmgr/iffs](http://m/www.iffs-reproduction.org/resource/resmgr/iffs)

- Technology, A. R. (2017). *ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY / I F/WHEN/HOW ISSUE BRIEF*. Recuperado de Assisted-Reproductive-Technology-Issue-Brief-1.pdf
- Technology, I. C. (2009-2010). Recuperado de ctive Technologies world report: Assisted Reproductive Technology 2008, 2009 and 2010. *Human Reproduction*, Vol.31, No.7 pp. 1588–1609, 2016.
- Testart, J. (1986). *Es preciso un control sobre las técnicas de reproducción*. Recuperado de [https://elpais.com/diario/1986/10/09/sociedad/529196402\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1986/10/09/sociedad/529196402_850215.html).
- Tort, M. (1994). *El deseo frío*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Tubert. (1991). *La construcción de la maternidad*. En G. d. Chaves, *Cuerpo y subjetividad femenina, salud y género* (pág. 221). Barcelona: S XXI.
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. España, Editorial Siglo XXI.
- Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. España, Ediciones Catedra.
- Vexcler, E. (09 de 11 de 2018). .Salud reproductiva: Se encareció el sueño de la maternidad planificada y ahora ofrecen 2x1 para congelar óvulos. *Diario Clarin*. Recuperado de [https://www.clarin.com/sociedad/encarecio-sueno-maternidad-planificada-ahora-ofrecen-2x1-congelar-ovulos\\_0\\_sxehc5GEu.html](https://www.clarin.com/sociedad/encarecio-sueno-maternidad-planificada-ahora-ofrecen-2x1-congelar-ovulos_0_sxehc5GEu.html) , 2018
- Wichterich, C. (2015). *Derechos sexuales y reproductivos*. (ensayo pdf) Recuperado de [https://mx.boell.org/sites/default/files/web\\_derechos\\_resproductivos.pdf](https://mx.boell.org/sites/default/files/web_derechos_resproductivos.pdf)
- Wolf, S. (1996). *Feminismo y Bioética: Más allá de la reproducción*,.
- Wyndham, N. M. (2017). *Perfil Epidemiológico de pacientes que criopreservan ovocitos*, Periodo 2014-2016. (archivo pdf) Recuperado de "http://www.fasgo.org.ar/images/0150.Pdf"
- Wyndham, N. M. y otros (2018). *Un error de percepción persistente: la tecnología de reproducción asistida puede revertir el "reloj biologico edad"*.

## Anexos

### Gráfico 1

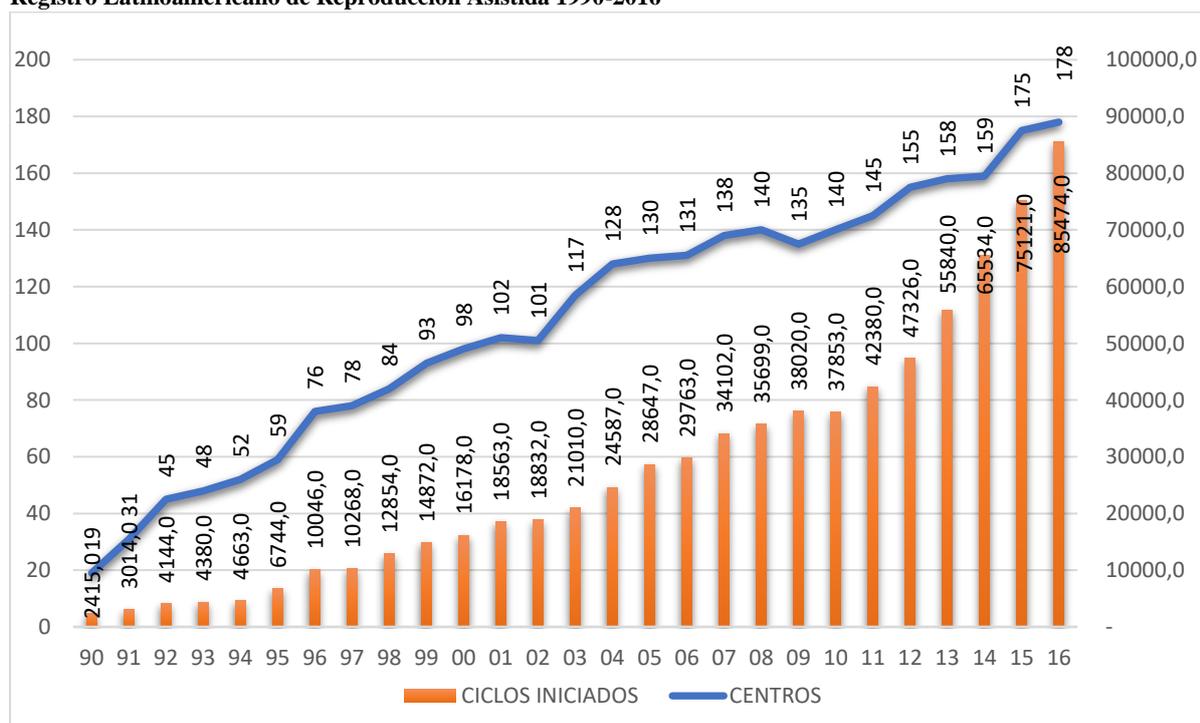
Porcentual de procedimientos de vitrificación de ovocitos con respecto al total de procedimientos de preservación de fertilidad



Nota: Recuperado de <https://www.eshre.eu/Books/ESHRE2018/PCC16.pdf> pág. 67

### Gráfico 2

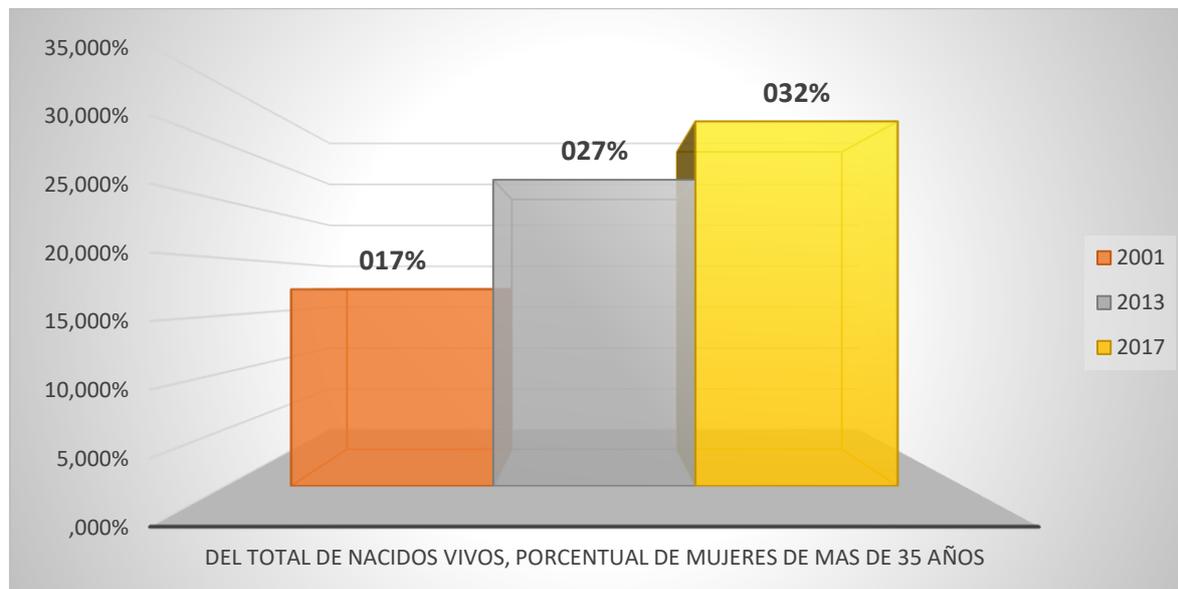
Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 1990-2016



Nota. Recuperado de [redlara.com/PDF\\_RED/RLA\\_TGMID\\_2019\\_esp.pdf](http://redlara.com/PDF_RED/RLA_TGMID_2019_esp.pdf) pág. 3

### Gráfico 3

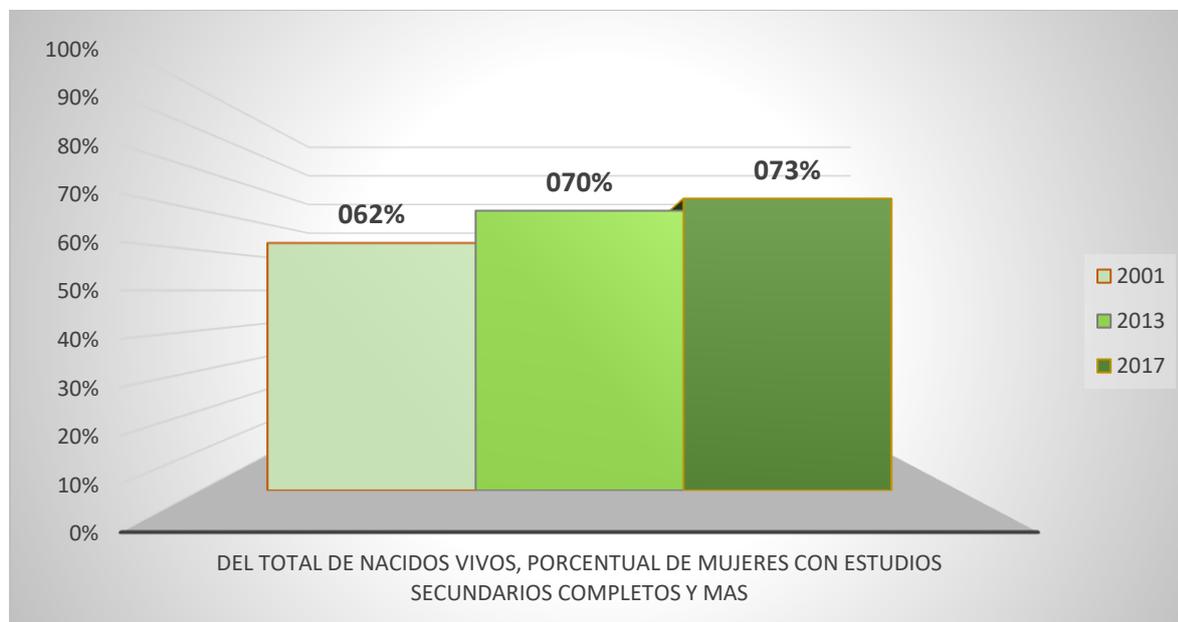
Porcentual de mujeres en los años 2001, 2013 y 2017 que dieron a luz después de los 35 años.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda)

### Gráfico 4

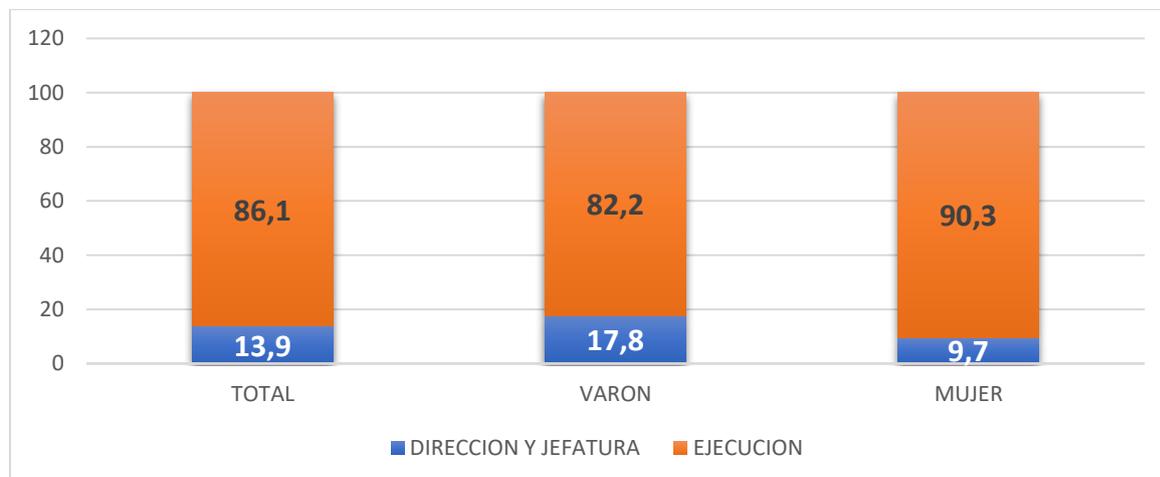
Porcentual de mujeres con estudios secundarios completos y más que en los años 2001, 2013 y 2017 que dieron a luz.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Ministerio de Hacienda

## Gráfico 5

**Población ocupada. Distribución porcentual según sexo por jerarquía ocupacional. Ciudad de Buenos Aires. Año 2017**



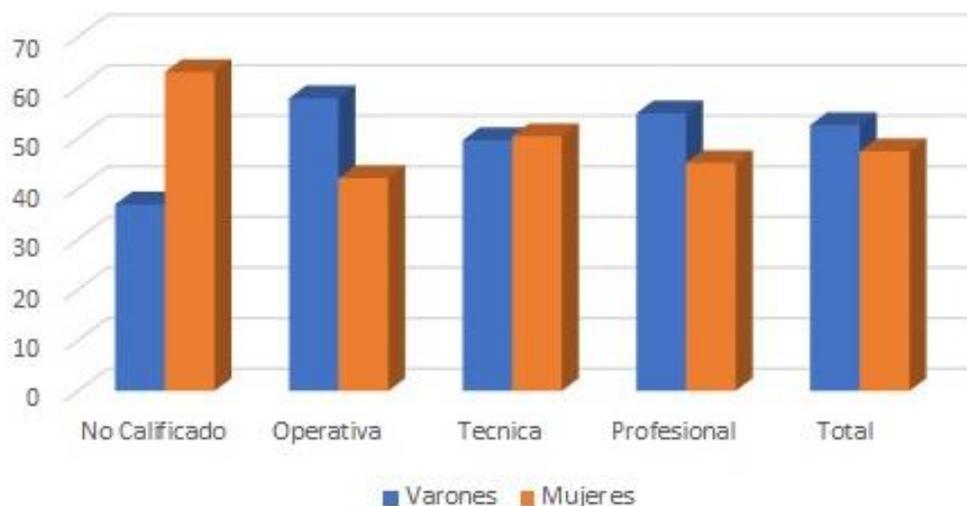
Nota: en este gráfico, la población ocupada refiere a trabajadores asalariados y patrones. Se excluye a los trabajadores por cuenta propia y a los registros Ns/Nc. La jerarquía ocupacional remite a reconocer la existencia de formas jerárquico-organizativas de los procesos de trabajo, que se establece a partir de la existencia de las líneas de mando. La población por cuenta propia se encuentra por fuera de estas relaciones jerárquicas y aparecen en la clasificación como “Ocupaciones independientes”.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). EAH 2017.

[https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2018/11/ir\\_2018\\_1310.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2018/11/ir_2018_1310.pdf)

## Gráfico 6

**Población ocupada y asalariada. Brecha de ingresos por sexo según jerarquía ocupacional. Ciudad de Buenos Aires. Año 2017**



	Varones	Mujeres
No Calificado	36,9	63,1
Operativa	57,9	42,1
Técnica	49,6	50,4
Profesional	54,9	45,1
Total	52,6	47,4

La población ocupada incluye a las Ocupaciones independientes porque si bien no hay líneas de mando para ellos, la brecha de ingresos aporta al promedio general de la población ocupada.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). EAH 2017.

# Infografía 1

## Publicidad y Publicaciones

**IN VITRO BUENOS AIRES**

Presiona **F11** para salir de la pantalla completa

Marcelo T. de Alvear 878 - CABA  
Teléfono +54 (011) 2152-6400  
WhatsApp +54 (11) 6580-1774

### Congelación de Óvulos

Si tenés entre 30 y 40 años, esta técnica te permite ser madre en un futuro usando tus óvulos.

La vitrificación de ovocitos es una de las técnicas disponibles para preservación de la fertilidad. Esta técnica constituye una alternativa fundamental para aquellas mujeres sanas cuyas circunstancias personales no les permiten la búsqueda de un embarazo en sus años más fértiles, así como para aquellas que tienen indicado un tratamiento que conlleva un riesgo de dañar los ovarios (como los tratamientos con radioterapia o quimioterapia debido a un cáncer).

**CONSULTANOS**  
TE RESPONDEMOS A LA BREVEDAD

Nombre

Email

Telefono

Pais de residencia

Consulta

**ENVIAR**

Seguinos

---

**96% DE TASA DE ÉXITO EN NUESTROS PROGRAMAS INTEGRALES**

**INSTITUTO ingenieros**

Desde el Instituto de Fertilidad y Genética con los datos de años más fértiles de las mujeres:  
**96% de probabilidades de tener un bebé.**

*El dinero no es un obstáculo*

✓ **Nuestros programas son integrales:**

- ⚡ Transferencia de embriones
- ⚡ Banco de óvulos y espermatozoides
- ⚡ Congelación de embriones por un año
- ⚡ Hasta cuatro intentos para lograr a tu bebé
- ⚡ Apoyo emocional con Terapeutas expertos en atender casos como el tuyo.
- ⚡ Más de 18 técnicas de Fecundación In Vitro disponibles e incluidas en el Programa Integral BEC que nuestros médicos te recomendarán desde la primera visita con tu programa diagnóstico.

¿Qué servicio estas buscando?

¿Cuál es tu nombre?

Nombre

¿Cuál es tu correo electrónico?

Email

¿En qué sucursal quieres ser atendida (a)?

CDMX

---

**EXTIENDE**  
Genaden

Extensión Fertilidad En qué consiste Preguntas Frecuentes Otros Servicios Recursos Blog Contacto

**LLAMAMOS**

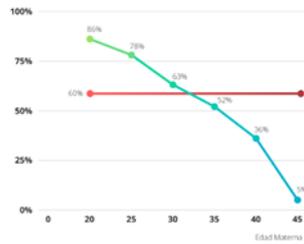
**EXTENDÉ TU FERTILIDAD Y DESARROLLÁ TU VIDA SIN LÍMITES**

Criopreservación de óvulos para extender tu fertilidad saludable.

**Más información**

¡Hola!

TASA DE EMBARAZO SEGÚN EDAD MATERNA



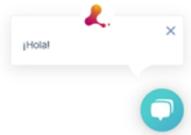
Para ver en tamaño real hacer click en la imagen

TENÉ UN BEBE A LOS 45 COMO SI TUVIERAS 30

Sabías que los riesgos y la tasa de embarazo dependen de la edad de tus óvulos, no de la tuya?

En GENADEN queremos que tomes el control de tu futuro reproductivo, a través de la recuperación y **criopreservación** de tus óvulos hoy, para que puedas asegurarte el mismo nivel de fertilidad y salud de tus óvulos mañana.

Preguntas frecuentes



Nota. Recuperado de <https://cegyr.com/preservarte/> <https://invitro.com.ar/congelacion-ovulos> <https://ingenef.net/1> <http://eweb.com.ar/MP/CriopreservacionDeOvulos> <https://www.clarin.com/new-york-times-international-weekly/congelar-ovulos-nueva-tendencia-millennial> <https://www.clarin.com/sociedad/encarecio-sueno-maternidad-planificada-ahora-ofrecen-2x1-congelar-ovulos>

## Formulario 1

### Consentimiento informado para criopreservación de óvulos<sup>98</sup>

*La Red Latinoamericana (Red Lara) ha considerado pertinente publicar una versión actualizada del consentimiento informado para reproducción médicamente asistida. A continuación, consignamos el formulario de CI indicado para los casos de vitrificación de óvulos.*

#### **Objetivo**

*La criopreservación (congelación y vitrificación) de óvulos puede ayudar a mujeres que tiene cáncer y que por ello recibirán tratamientos que pueden tener efecto dañino para su fertilidad (quimioterapia, radioterapia, combinación de ambas, o cirugías). Otras posibles indicaciones serían enfermedades no malignas que obliguen a aplicar el mismo tipo de tratamientos o que por sí mismas puedan lesionar las células de los ovarios que producen los óvulos. Finalmente, que la mujer haya producido muchos más óvulos de los que es recomendable inseminar. El Comité de Ética de la Asociación Americana de Medicina Reproductiva todavía no recomienda esta técnica para preservar la fertilidad en mujeres jóvenes.*

#### **Explicación**

*La criobiología es el estudio de los procesos de congelación de células y tejidos. Estos procedimientos han permitido la conservación de células y tejidos por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente, sus propiedades biológicas una vez descongeladas. Se han desarrollado protocolos de congelación/descongelación y vitrificación/entibiamiento que permiten preservar células a temperaturas muy bajas usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura. A pesar de todos los cuidados que se toman, no todos los óvulos sobrevivirán una vez que se entibian, como tampoco se puede asegurar que fecunden o resulten en un embarazo. Esto se debe a que se trata de una técnica novedosa que está por perfeccionarse.*

---

<sup>98</sup> J. Álvarez-Díaz,

[https://www.academia.edu/24699606/Consentimientos\\_informados\\_en\\_Reproducci%C3%B3n\\_Asistida?email\\_work\\_card=thumbnail](https://www.academia.edu/24699606/Consentimientos_informados_en_Reproducci%C3%B3n_Asistida?email_work_card=thumbnail)

**Las etapas son: 1.- Estimulación ovárica controlada (EOC).**

*La estimulación de los ovarios se realiza administrando medicamentos y hormonas inyectadas (FSH, FSH, HMG). Este tratamiento dura en promedio entre 10 y 12 días. Durante este período, se hace un seguimiento ecográfico (de 3 a 4 ecografías transvaginales) para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos (estructuras de los ovarios que contienen los óvulos). Además, se toman algunas muestras de sangre (no se requiere ayuno) para medir el nivel de estradiol, una hormona que aumenta a medida que los folículos crecen. Cuando la mayoría de los folículos ha alcanzado un tamaño adecuado (promedio de 18 - 20 mm), se inyecta otra hormona (HCG), que es la encargada de terminar la maduración folicular. Alrededor de 36 horas después de esta inyección se programa la aspiración folicular.*

**2.- Aspiración folicular.**

*Consiste en obtener los óvulos del interior de los folículos. Se realiza mediante la punción del ovario con una aguja que se introduce a través de la vagina y es guiada al interior de los folículos mediante ecografía. Este es un procedimiento ambulatorio que requiere de anestesia. La paciente debe presentarse en ayunas (al menos de 6 horas) una hora antes del procedimiento. La aspiración folicular demora aproximadamente 10 a 30 minutos, después de lo cual la paciente reposa en una sala de recuperación por un plazo variable que dependerá de los requerimientos que hubo de anestesia.*

**3.- Criopreservación de los óvulos recuperados.**

*Los óvulos excedentes pueden ser criopreservados. El personal de laboratorio coloca los óvulos en una solución especial que protege de posibles daños conocidos por la criopreservación (compuestos cardioprotectores). Esto se enfría en un aparato especial que controla cuidadosamente la congelación. Posteriormente se transfieren a tanques especiales que los mantienen a temperaturas muy bajas (casi -200°C). Si el procedimiento es vitrificación, los óvulos con los compuestos crioprotectores se sumergen directamente en los tanques especiales*

*En la vitrificación hay una deshidratación de los óvulos (se les extrae agua para disminuir el daño por los cristales que se forman al congelar las células), se sumergen en compuestos crioprotectores, y se congelan rápidamente conservándose en nitrógeno líquido en tanques especiales que los mantienen a temperaturas muy bajas (casi -200°C).*

Los óvulos pueden permanecer vitrificados varios años. Posteriormente pueden fecundarse por medio de inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI).

### **Beneficios**

Del 90% de las mujeres que se someten a este tratamiento se consiguen varios óvulos, y sólo un 10% responde mal o no responde con la EOC. Algunos óvulos sobrevivirán a la descongelación o al entibiamiento, y algunos de ellos podrán ser fecundados.

### **Riesgos, molestias y efectos secundarios**

#### **1.- Molestias en general.**

A veces los medicamentos usados en la EOC pueden provocar dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal. Sin embargo, si se llegara a presentar síntomas como visión borrosa, dolor de cabeza intenso o aumento acelerado de peso es indispensable informar a su médico.

#### **2.- Síndrome de hiperestimulación ovárica.**

Una complicación rara (1 a 5 % de los ciclos estimulados) pero que puede llegar a ser grave es el síndrome de hiperestimulación ovárica. Es una respuesta exagerada del ovario a la EOC, en que el número de folículos en crecimiento es mucho mayor que el deseado. Se caracteriza por dolor pélvico leve, inflamación abdominal por retención de líquido, y un aumento del tamaño de los ovarios. Su probabilidad está aumentada en mujeres jóvenes con síndrome de ovario poliquístico. Cuando se agrava, estos síntomas son muy severos y se requiere hospitalización. Esto es porque pueden producirse alteraciones de la coagulación y de la función renal, deshidratación, acumulación de líquidos en abdomen y tórax (ocasionalmente se requiere drenar el líquido). Este síndrome se puede prevenir usando dosis bajas de hormonas, y un seguimiento adecuado (exámenes de hormonas y ecografías). La clave del control del síndrome es su detección en la fase temprana. Si no se atiende a tiempo en muy raras ocasiones (menos de 1 en 100 mil) puede llegar a ocasionar la muerte.

#### **3.- Torsión ovárica.**

El ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño de un ovario normal. El peso aumentado y la inflamación abdominal, puede facilitar su torsión originando intensos dolores o cólicos. Puede ser una emergencia médica que requiere atención inmediata. El tratamiento de esta situación es quirúrgico, por laparoscopia para destorcer el ovario, o en muy pocos casos extirparlo. Esta complicación se presenta en menos de un 1% de los casos.

#### **4.- Riesgo de cancelación de la crío preservación.**

*También hay riesgos de cancelación con óvulos que están en un estadio inadecuado para ser congelados.*

#### **5.- Complicaciones de la aspiración folicular.**

*Después de la aspiración folicular se puede presentar un pequeño dolor abdominal leve (similar al que se siente con la menstruación) que cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día. También puede haber sangrado vaginal. Sin embargo, si se presenta, fiebre, dolor agudo, o sangrado excesivo, debe informarse al médico de inmediato. Algunas otras complicaciones locales, aunque de muy baja frecuencia, son hemorragia por lesión de la pared vaginal, infección pelviana (absceso tubo ovárico) sangrado ovárico y finalmente lesiones de las estructuras vecinas tales como intestino.*

#### **6.- La eficacia de la técnica no es clara.**

*La criopreservación de los óvulos es una técnica que tiene poca experiencia en el mundo, por lo que no hay evidencia científica suficiente aún sobre el éxito y la seguridad a largo plazo, tanto para la mujer como para su descendencia conseguida con óvulos vitrificados. Esta técnica está en plena investigación. Algunos autores consideran que las tasas de embarazo con óvulos vitrificados son menores a las de óvulos utilizados “en fresco”. Datos del Florida Institute for Reproductive Medicine muestran que la tasa de embarazo es de un poco menos del 30% por transferencia (2003). La Sociedad Española de Fertilidad menciona que la tasa de nacido vivo por óvulo vitrificado es del 2%. Puede ser posible que los óvulos criopreservados no sobrevivan el entibiamiento, que no fecunden, y si fecundan, tienen todos los riesgos de las técnicas de reproducción asistida (por ejemplo, que no se implanten), y aquellos que se relacionan con el embarazo (como el embarazo bioquímico, las pérdidas de la gestación, etc.).*

#### **7.- Anomalías congénitas, genéticas y otras complicaciones.**

*El riesgo de anomalías congénitas o enfermedades genéticas no ha sido determinado con exactitud. Hay autores que mencionan que podría ser un poco mayor al de la población general porque el óvulo es una célula muy importante para la reproducción, y podría sufrir algún tipo de daño que aún*

no se puede conocer con los pocos datos disponibles que hay de nacidos vivos por esta técnica. Se ha propuesto que pueden existir riesgos cromosómicos.

#### **8.- Riesgo psicológico.**

Pueden surgir dificultades, síntomas de ansiedad y depresión. Por esto se recomienda buscar soporte emocional.

#### **9.- Riesgos personalizados.**

Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de este caso particular, se podría asociar algún riesgo específico agregado, como puede ser:

---

---

#### **Alternativas a este tratamiento**

- Criopreservar tejido ovárico (que es una técnica más experimental, con menos experiencia en el mundo en sus resultados)

#### **Alternativas ante el fracaso de este tratamiento**

- Si hay oportunidad en el tiempo, realizar otros intentos c/s variaciones del tratamiento
- Recepción de óvulos de donante.

#### **Explicación breve del motivo**

Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de este caso particular, el plan de tratamiento fijado con el equipo médico hasta este momento.

#### **Posibilidad de retirar o modificar el consentimiento**

La firma de este documento no le compromete a usted de forma definitiva. Usted es totalmente libre de retirar o modificar su consentimiento por cualquier motivo. Usted es responsable de notificar sus cambios al centro y registrarlos por escrito en un formato de consentimiento informado nuevo.

#### **Condiciones particulares**

Si en tres años no han hecho uso de sus óvulos vitrificados, entonces el centro procederá a su descarte.

**Disponibilidad de volver a preguntar**

*Si desea más información de la que está en este formulario, puede solicitarla en cualquier momento. Siempre será un placer servirle. Este consentimiento es válido sólo para este ciclo de tratamiento. Hemos recibido copia de este formulario.*\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Nombre Firma\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Nombre

Firma\_\_\_\_\_ (Ciudad y fecha)

*Certifico que antes del inicio del tratamiento y previo a que el paciente firme este documento: 1.- Alguno de los miembros del equipo ha entregado información necesaria y suficiente para que el paciente tome su decisión. 2.- Me he reunido con la paciente para discutir la información, le he dado la oportunidad de preguntar y pienso que he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas. Creo que la paciente ha entendido suficientemente lo que se le ha explicado y ha consentido en realizar el tratamiento propuesto.*\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Nombre

Firma\_\_\_\_\_ (Ciudad y fecha) (RedLara,2019).