



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
MENCION SALUD Y SOCIEDAD



**SOCIO-SIMBOLOGÍA HEGEMÓNICA DEL DISCURSO SOBRE LA INFERTILIDAD Y SU  
PRAXIS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA  
Binomio mujer/madre: Una anatema de la mujer infértil**

**Autora: Doris Nobrega**

Bárbula, Septiembre de 2023



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
MENCION SALUD Y SOCIEDAD

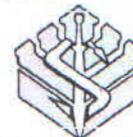


**SOCIO-SIMBOLOGÍA HEGEMÓNICA DEL DISCURSO SOBRE LA INFERTILIDAD Y SU  
PRAXIS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**  
**Binomio mujer/madre: Una anatema de la mujer infértil**

Trabajo de Grado presentado ante la Dirección de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo como requisito para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales Mención Salud y Sociedad.

**Autora:** Doris Nobrega  
**Tutora:** Dra. Marbella Camacaro

Bárbula, Septiembre de 2023.



### ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145,147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

### SOCIO-SIMBOLOGÍA HEGEMÓNICA DEL DISCURSO SOBRE LA INFERTILIDAD Y SU PRAXIS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. BINOMIO MUJER/MADRE: UNA ANATEMA DE LA MUJER INFÉRTIL

Presentada para optar al grado de **Doctora en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad** por el (la) aspirante:

**NOBREGA DE N., DORIS M**  
C.I. V- 12604470

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Marbella Camacaro C.I. 3182206, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **27/05/2024**

**Dr. (a) Newton Lameda Márquez** (Presidente)

**Dr.(a) Marbella Camacaro**  
C.I.  
Fecha

**Dr. (a) Leida Montero**  
C.I. 9.679.356  
Fecha 27-05-2024.

*My amoc, maliz*  
**Dr. (a) María C. González**  
C.I. 5602563  
Fecha 27-05-2024



*María C. González*  
**Dr. (a) Dilcia de Rosa**  
C.I. 49789185  
Fecha 27-05-2024

TG-CS:41-23

## DEDICATORIA

*A Fernando y Enrique por ser mi fuente de inspiración...*

## AGRADECIMIENTOS

*A la Dra. Marbella Camacaro por acompañarme en esta aventura...*

*A las mujeres que aceptaron participar desinteresadamente en el estudio,  
por permitirme compartir sus experiencias...*

*A tod@s los que de una u otra forma influyeron en mí para no desistir...*

## INDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b>	ix
<b>RESUMEN</b>	x
<b>ABSTRACT</b>	xi
<b>SINTESIS DESCRIPTIVA</b>	xii
<b>APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN EN ESTUDIO</b>	
Una huella inspiradora	18
Identidad femenina y maternidad: ¿Es la maternidad una decisión de vida, un instinto o un destino impuesto?	23
¿Y ante la imposibilidad de cumplir con el mandato social?	34
Ciencia médica como poder controlador del cuerpo femenino	39
Intencionalidad del estudio	46
Pertinencia del abordaje de la situación en estudio	47
<b>APROXIMACIONES TEÓRICAS</b>	
Teoría feminista: una ruptura epistemológica	56
Ideología y Estado patriarcal en la construcción sociosimbólica de la maternidad	61
Sociedad matricentrada e identidad de la mujer venezolana	68
Historia de la infertilidad y de la reproducción asistida	74
Medicalización y tecnologías de la reproducción: ¿Una respuesta?	86
El poder económico detrás de la fertilización asistida	100
Implicaciones éticas y bioéticas de la reproducción humana asistida: Debates en ciernes	106
Consecuencias de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA): ¿Una cuestión de bioética?	111
Salud sexual y reproductiva: Un derecho	117
<b>APROXIMACIONES METODOLÓGICAS</b>	
El camino transitado	125
Sustento teórico-metodológico	126
Abordaje de la situación en estudio	129
Grupo humano sujeto/objeto de estudio y lugares del encuentro dialógico	132
Técnicas participativas para obtener la información	136
Deconstrucción y Representatividad de la información	138
Construcción de los nudos o eventos críticos	143
Análisis de la información	146

## **DESENTRAÑANDO LAS VIVENCIAS**

### ***EL VIACRUCIS***

Es que yo quiero ser mamá”: Ser mujer/madre, un bastión identitario	151
¿Maternidad por decisión o por presión?	167
La reproducción de la maternidad en el lenguaje cotidiano y en las expresiones mágico-religiosas: Una anatema?	180
El estigma de la edad	193
El dolor detrás del deseo forjado y el sufrimiento asociado a la espera. ¿Cualquier sacrificio es válido?	205
Un peregrinar en soledad	218
¿Es la adopción una opción?	243

### ***IATROGENIA DEL VIACRUCIS***

Las mujeres se definen a sí mismas y a sus cuerpos a través de la expresión médica de la infertilidad	260
Los riesgos detrás de la fertilización asistida: ¿Poner la vida en manos de la ciencia médica es realmente necesario?	279
La vivencia/percepción de la atención médica. Y ¿dónde quedó la ética?	298
Maternidad discriminada: ¿Tratamiento disponible solo para una clase privilegiada?	343

## **CONSIDERACIONES FINALES**

A modo de colofón...	358
----------------------	-----

<b>REFERENCIAS</b>	366
--------------------	-----

<b>ANEXOS</b>	396
---------------	-----

## LISTA DE TABLAS

Tabla I. Categoría Central, Sub-categorías y propiedades	<b>Pág.</b> 148
--	--------------------



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
MENCION SALUD Y SOCIEDAD



## **SIMBOLOGÍA HEGEMÓNICA DEL DISCURSO SOBRE LA INFERTILIDAD Y SU PRAXIS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

**Binomio mujer/madre: Una anatema de la mujer infértil**

**Autora:** MSc. Doris Nobrega

**Tutora:** Dra. Marbella Camacaro

**Fecha:** Julio de 2023

### **RESUMEN**

Desde la perspectiva de género, la reproducción humana se asocia más a la mujer y, en particular, se encasilla en la simbolización de la maternidad, siendo el binomio mujer/madre un factor clave en la construcción de la identidad femenina, que está presente en todos los discursos relacionados con esta categoría social, a partir del cual toda mujer no-madre se considera incompleta e imperfecta. Con base en esto, esta tesis doctoral tiene como intencionalidad: *Develar la socio-simbología sobre el ser mujer/madre – mujer/infértil que determina a las mujeres a someterse a procedimientos de fertilización asistida como una praxis para satisfacer la “necesidad” de tener un/a hijo/a propio/a.* Fue realizada desde la Teoría Feminista, siguiendo la metodología de género, enmarcada en el paradigma cualitativo o interpretativo. Las informantes clave fueron seleccionadas por muestreo cualitativo intencional con la estrategia de bola de nieve hasta lograr la saturación de la información. Previo consentimiento informado, se realizaron entrevistas en profundidad para la recopilación de sus vivencias, se aplicó el análisis de discurso y se empleó la categorización para la interpretación y reflexión de las experiencias. Las categorías emergentes nos muestran la prevalencia de la concepción socio-cultural e histórica de la maternidad/infertilidad, tanto en el discurso social como en el discurso médico, y la necesidad de desarrollar políticas de salud pública dirigidas a fomentar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en materia de procedimientos de fertilización asistida, así como la apertura de un debate ético en torno a lo que implican, y el desarrollo de un marco regulatorio amplio e inclusivo, ya que en Venezuela hay muy poco o casi nada escrito o establecido al respecto. No pretendemos satanizar a las tecnologías de la reproducción, ya que ellas se constituyen en una alternativa; pero sin duda alguna la maternidad es plena cuando surge del deseo consciente de ser madre, cuando está fundamentada en el ejercicio del derecho a la libertad.

**Palabras clave:** maternidad, construcción socio-simbólica, infertilidad, reproducción asistida.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
MENCION SALUD Y SOCIEDAD



**HEGEMONIC SYMBOLOGY OF THE DISCOURSE ON INFERTILITY  
Y ITS ASSISTED REPRODUCTION PRAXIS  
Woman/Mother Paring: An anathema for infertile woman**

**Author:** MSc. Doris Nobrega

**Tutor:** Dra. Marbella Camacaro

**Date:** July 2023

**ABSTRACT**

From a gender perspective, human reproduction is more associated with women and, in particular, is classified as a symbol of maternity, with the woman/mother pairing being a key factor in the construction of feminine identity, which is present in all the discourses related to this social category, from which every non-mother woman is considered incomplete and imperfect. Based on this, this doctoral thesis has the intention of: Unveiling the socio-symbolism of being a woman/mother - woman/infertile that determines women to undergo assisted fertilization procedures as a praxis to satisfy the "need" to have a child of their own. It was carried out from the Feminist Theory, following the gender methodology, framed in the qualitative or interpretative paradigm. The key informants were selected by intentional qualitative sampling with the snowball strategy until information saturation was achieved. With prior informed consent, in-depth interviews were conducted to collect their experiences, discourse analysis was applied, and categorization was used for the interpretation and reflection of the experiences. The emerging categories show us the prevalence of the socio-cultural and historical conception of maternity/infertility, both in social discourse and in medical discourse, and the need to develop public health policies aimed at promoting the sexual and reproductive health of women in terms of assisted fertilization procedures, as well as the opening of an ethical debate around what they imply, and the development of a broad and inclusive regulatory framework, since in Venezuela there is nothing written or established in this regard. We do not intend to demonize reproduction technologies, since they constitute an alternative; but

without a doubt, motherhood is full when it arises from the conscious desire to be a mother, when it is based on the exercise of the right to freedom.

**Keywords:** maternity, socio-symbolic construction, infertility, assisted reproduction.

### **SINTESIS DESCRIPTIVA**

La infertilidad ha sido definida por el modelo biomédico hegemónico tradicional como “una enfermedad del sistema reproductivo” en la que una pareja, hombre y mujer, no logra un embarazo luego de un año o más de mantener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Ha sido precisamente la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010; 2020) la encargada de reconocer a la infertilidad como una “enfermedad” en el entendido de que la salud de las personas afectadas, así como su entorno familiar, se ven seriamente dañadas (Nobrega y Camacaro, 2014).

Recientemente, este organismo ha considerado que alrededor de 48 millones de parejas y 186 millones de personas son infértiles en todo el mundo (OMS, 2020). Incluso menciona que la infertilidad alcanza una prevalencia de 15%, destacando que en la actualidad la infertilidad afecta a una de cada seis parejas, sabiendo que del total de casos de infertilidad que se presentan, el 40-50% se atribuyen a la mujer, 30-40% al hombre y el porcentaje restante a ambos o a causas desconocidas (OMS, 2020). Latinoamérica, y particularmente Venezuela, no escapan a esta realidad.

Por otra parte, se espera que la población mundial experimente cambios significativos en las próximas décadas, de acuerdo a las proyecciones actuales de las Naciones Unidas (ONU, 2022). En 2021, la tasa de fecundidad promedio global fue de 2,3 nacimientos por mujer, lo que representa un declive sustancial desde alrededor de cinco nacimientos por mujer en 1950. La ONU proyecta que las tasas de fecundidad a nivel mundial seguirán disminuyendo, hasta alcanzar 2,1 nacimientos por mujer, para 2050. En 2019, la tasa total de fecundidad fue solo de 1,23 en España y apenas 0,92 (menos de un hijo por mujer) en Corea del Sur, una situación que los demógrafos

denominan «baja fecundidad extremadamente baja». Las razones detrás del bajo número de hijos/as en estos países son muchas; algunas de ellas sugieren que la incertidumbre y la falta de flexibilidad a las que se enfrentan las mujeres en el mercado laboral desempeñan un papel crucial (Guner, 2023). De allí que la infertilidad pase a ser considerada un importante problema de salud pública a la que se ha puesto énfasis en los últimos años.

Ahora bien, con respecto a la infertilidad en las mujeres, es importante diferenciar la infertilidad primaria de la infertilidad secundaria. Se habla de infertilidad primaria cuando la mujer luego de un año de relaciones sexuales continuas sin protección no logra un embarazo. En contraposición a la infertilidad primaria, se denomina infertilidad secundaria cuando la mujer ha logrado un embarazo al menos una vez (aunque haya ocurrido una pérdida reproductiva) y que no logra un nuevo embarazo luego de un año de relaciones sexuales continuas sin protección. Esta última, generalmente es causada por infecciones de transmisión sexual (ITS) mal tratadas, infecciones o lesiones por abortos inseguros e ilegales así como también debido a la falta de un buen tratamiento de las ITS, del VIH y sepsis materna (Florencia Luna, 2013). Estudios demográficos de la Organización Mundial de la Salud muestran que más del 30% de las mujeres entre 25 y 49 años sufre de infertilidad secundaria. (OMS, 2010). También se puede diferenciar de las dos anteriores, a la infertilidad no explicada (o infertilidad idiopática) que se refiere a los tipos de infertilidad en los que, tras haber realizado los estudios correspondientes y sin que haya alteraciones en el aparato reproductor de ambos miembros de la pareja, no se ha encontrado un problema ni una causa aparente.

Por otra parte, Guzmán Ávalos (2001) nos refiere lo que algunos autores señalan al respecto de la necesidad de distinguir la infertilidad de la esterilidad, ya que esta última es la que verdaderamente constituye una discapacidad definitiva o irreversible para

concebir. No obstante, se admite que en algunos casos puede corregirse mediante la utilización de procedimientos médico quirúrgicos. La infertilidad, por su parte, permite concebir pero no lograr la viabilidad del producto de la concepción. Sin embargo, los términos se utilizan indistintamente: ambos implican la dificultad o incluso imposibilidad de tener descendencia.

Ahora bien, sin importar el origen de la infertilidad, sea ésta primaria, secundaria o idiopática, o si se presenta en la mujer, el hombre o en ambos integrantes de la pareja, generalmente surge la “necesidad” o “el deseo” de lograr la concepción de un/a hijo/a, y esta responsabilidad recae siempre sobre las mujeres ya que como veremos y detallaremos más adelante en el texto, es la construcción socio-simbólica de las categorías Maternidad e Infertilidad, presentes tanto en el Discurso Social como en el Discurso Médico, lo que las lleva a la necesidad de optar por lo que ofrece el poder médico para darle una respuesta a esta imposibilidad, como son los Tratamientos de Fertilización Humana Asistida (TRHA). De allí el auge en el consumo de cada vez más y novedosas técnicas, que permiten a este poder médico controlar “tal enfermedad” a través de diversos procedimientos técnicos, de los cuales las principales consumidoras y en consecuencia las más afectadas son siempre las mujeres, siendo sus cuerpos los que sufren todas las consecuencias, ya que son las únicas dotadas biológicamente de la posibilidad de albergar a otro ser humano dentro de ellas (Nobrega y Camacaro, 2014).

Como fenómeno social, y visto desde la mirada del género, abordar el tema de la infertilidad y de las TRHA, pasa por tres argumentos: el primero de ellos, es la parte de la reproducción socialmente determinada, esto es, la procreación que da pie a la construcción de parentesco y que determina tareas entre los géneros; en el segundo argumento, se reconoce que si bien la reproducción socialmente determinada es un hecho que se tiene que cumplir, entonces es el cuerpo el que pasa a ser la máquina de dicha reproducción, por lo que el cuerpo juega un papel básico y específico. Cuando el

cuerpo, por ciertas condiciones, como puede ser la infertilidad, no cumple con lo socialmente esperado, es sometido a diversos estudios y tratamientos ya sean alópatas o alternativos. El tercer argumento, tiene que ver con el sistema de género, pues culturalmente a la mujer se le ha impuesto que su papel natural y principal en la sociedad es la maternidad. De allí que al conjugar estos argumentos se determina el comportamiento tanto en el discurso social como en el discurso médico, de lo que implica la infertilidad, especialmente para las mujeres (Nobrega y Camacaro, 2010).

El propósito o intencionalidad de esta tesis doctoral será: *Develar la socio-simbología sobre el ser mujer/madre – mujer/infértil que determina a las mujeres a someterse a procedimientos de fertilización asistida como una praxis para satisfacer la “necesidad” de tener un/a hijo/a propio/a.*

La información que será presentada en esta tesis doctoral, será organizada en cuatro partes, donde la primera corresponde a una aproximación a la situación en estudio, en la segunda parte se tratará todo lo relacionado con las aproximaciones teóricas que enmarcan al objeto de estudio, en la tercera parte se hará mención a las aproximaciones metodológicas a seguir para el abordaje de la situación a investigar y finalmente en la cuarta parte se expondrán las categorías emergentes a partir de las vivencias de mujeres que acudieron a TRHA.

La primera parte se refiere al fenómeno de estudio como tal, y se detallarán tanto los factores que motivaron su realización, la intencionalidad y un análisis desde la perspectiva de género, de todos los aspectos involucrados en el tema que pretendemos abordar.

La segunda parte contiene el marco epistémico o teórico, que nos llevará a entender desde la mirada de la Teoría Feminista, cómo ha sido la concepción/construcción socio-

histórico-cultural de la maternidad como categoría social, y cómo el discurso médico está impregnado de esta construcción que deviene en la concepción de la infertilidad, lo cual ha influido en el auge de procedimientos de fertilización asistida que cada vez tienen una mayor demanda en nuestro país, a pesar de los riesgos asociados a ellos, y a los que deben someterse las mujeres como una forma de presión social/violencia simbólica producto de dicha construcción que reside en el imaginario colectivo.

Para ello se tomarán como referentes teóricos a varias/os autoras/es, a fin de poder desarrollar todos los aspectos relacionados con el discurso social y con el discurso médico de la maternidad/infertilidad. Algunas de las teóricas más importantes que consultaremos en esta parte, serán Elisabeth Badinter (1981), Nancy Chodorow (1984), Silvia Tubert (1991), Norma Fuller (2005) entre otras autoras, quienes proponen que las tecnologías de la reproducción están sustentadas por el discurso social y por el discurso médico de la maternidad, contribuyendo a definir la infertilidad/esterilidad como un estigma, en tanto se postulan como sustitución médica de una función biológica fallida.

Para profundizar en todo lo relacionado con las bases epistémicas de esta temática con una mirada desde el género, se tomarán como referentes a Alda Facio (1992), Marcela Lagarde (1996), Eli Bartra (2002), Sandra Harding (2002), Gloria Comesaña (2008), Marbella Camacaro (2010), Marta Lamas (2013), quienes plantean que las epistemologías tradicionales excluyen sistemáticamente, con o sin intención, la posibilidad de que las mujeres sean sujetas del conocimiento, ya que la voz de la ciencia es masculina y la historia se ha escrito desde el punto de vista de los hombres, razón por la cual desde la Teoría Feminista se erige la episteme que le dará sustento a esta investigación.

En la tercera parte se presenta el camino transitado, fundamentado en la Teoría Feminista que es desde donde se hace la mirada de la situación en estudio, para lo cual

es necesario seguir la metodología de género (Bartra, 2002; Comesaña, 2008; Camacaro, 2010), a fin de contar con los cristales necesarios para poder hacer la mirada, con un abordaje desde el paradigma cualitativo o interpretativo que nos permitirá rescatar de las mujeres su experiencia, su sentir y su opinión con respecto a lo que se investiga. También en esta parte se presenta cómo será el proceso de recopilación de experiencias y los criterios de rigor científico a emplear para su procesamiento.

Finalmente en la cuarta y última parte, se desentrañan las vivencias de las mujeres que han transitado el camino de un proceso de fertilización asistida, analizando lo que dicen y perciben desde el discurso social y desde el discurso médico, y cómo estos discursos marcaron sus decisiones de vida, para lo cual haremos mención a diversos autores desde la antropología, la sociología, la psicología, la ginecología, la medicina reproductiva, la ética y la bioética, por supuesto, desde la mirada de la perspectiva de género y del feminismo. A continuación procederemos a desarrollar cada una de las partes mencionadas en párrafos anteriores.

## APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN EN ESTUDIO

### ***Una huella inspiradora***

*La añoranza debe llevarte al hacer/quehacer, no a la depresión...  
Marbella Camacaro*

Antes de iniciar la discusión sobre el sujeto/objeto de estudio que será abordado en el transcurso de esta investigación, voy a permitirme hacer mención a ciertos aspectos de mi vida personal y de mi existencia como mujer, que indudablemente han dejado una huella inspiradora para estudiar lo que a muchas de nosotras nos toca enfrentar, y que me han llevado, luego de cursar el Seminario de Género y Salud dictado en el Doctorado en Ciencias Sociales, a la necesidad de querer abordar ya con bases epistémicas profundas, una de las más importantes misiones que la sociedad, la historia y la cultura nos han asignado a las mujeres, como lo es: *la maternidad*.

Al cursar el seminario de investigación II, titulado “Contralectura desde el género, de los cuerpos y sus sexualidades” en el Doctorado en Ciencias Sociales, mención Salud y Sociedad, de la mano de mi muy querida Dra. Marbella Camacaro, hubo cambios profundos en mi modo de ver el mundo; todo tuvo una razón, una explicación, un fundamento epistémico que al fin le dio forma a mi “ser mujer” en la sociedad... me hizo reflexionar y entrar en contradicción sobre varios aspectos de mi vida, entre los cuales destaco uno en particular, y que se refiere a lo que muchas mujeres sufrimos para cumplir con un rol simbólico impuesto social y culturalmente desde nuestra condición biológica, como lo es “ser madre”. Luego de cursar este seminario que me permitió sensibilizarme hacia los estudios de género, ya como mujer sensibilizada decidí emprender este camino, y de allí surge el presente trabajo de investigación.

Ahora bien, para contar parte de mi historia de lo que ahora puedo decodificar fue la búsqueda del anhelado “mandato social”, puedo iniciar diciendo que provengo de una familia bastante conservadora, en consecuencia, profundamente androcéntrica. Para mi familia, la estructura del matrimonio es fundamental, especialmente para las mujeres, quienes por supuesto debemos cumplir con “ser madres”. En virtud de la importancia que le daba mi núcleo familiar al matrimonio, mi noviazgo fue bastante largo, y por supuesto una vez cumplido el requisito del matrimonio, lo primero que esperaban de mí era que fuese madre.

Sin embargo, llegar a serlo no fue fácil, pues me tomó casi 3 años, durante los cuales tuve que vivir muchos momentos de frustración... Al pasar el tiempo luego de mi matrimonio y al no quedar embarazada, nunca faltaron las tan inquietantes y hasta imprudentes preguntas que con mucha frecuencia me hacían mis familiares y amigos: *¿y cuando viene el bebé?... ¿y para cuándo lo vas a dejar?... el tiempo se te está pasando...* Cada vez que escuchaba éstas y otras frases similares, me estremecía, y luego de un triste silencio, alguna respuesta daba... ¿Cómo explicar lo que ni yo misma podía comprender y que tanto sufrimiento me causaba?

Como era de esperarse, esta situación repercutió además en mi relación conyugal. Siempre existía la duda sobre quién de nosotros podría ser el del “problema”. Por supuesto, mi pareja negaba cualquier posibilidad de que pudiera ser él quien fuera responsable de la no llegada del/la hijo/a. Mi matrimonio atravesó momentos muy difíciles, se afectó la calidad de nuestra relación en todos los ámbitos, y siempre creí que yo era culpable de ello, pues sentía que no podía cumplirle ni a mi pareja ni a mi familia.

Ante toda la presión familiar y conyugal, decidí consultar a mi ginecóloga para ese entonces, y plantearle lo que estaba pasándome. Luego de la consulta, me indicó

realizar una serie de exámenes tanto a mi persona como a mi pareja. Posterior a realizarnos estos estudios en distintas oportunidades, la conclusión fue que ambos teníamos condiciones que nos impedían poder concebir un/a bebe, y que para lograr tener un/a hijo/a debíamos acudir a procedimientos de fertilización asistida, específicamente nos sugirió ir a Fertilización In Vitro, ya que ambos teníamos dificultades importantes para la concepción. Entre las alternativas sugeridas en ese momento, se mencionó la posibilidad de obtener espermatozoides de mi pareja que serían capacitados para prepararlos para la fertilización in vitro, y como en mi caso tenía ciclos anovulatorios, estimularían la ovulación para obtener óvulos, que igualmente serían preparados para el mismo procedimiento. Sin embargo, el tratamiento sugerido era de un costo muy elevado, razón por la cual en ese momento de nuestra vida en pareja era inalcanzable, por lo que desistimos de seguir intentándolo.

La vida continuó, y sin darme cuenta un buen día estando en mi trabajo, siendo yo Licenciada en Bioanálisis, una compañera me miró a los ojos y me dijo que yo estaba embarazada. Yo no le di importancia a su comentario y le dije que eso era casi imposible. Sin embargo, ella insistió. Fue tanta la insistencia, que accedí a realizarme la prueba en sangre con la que se confirmó mi embarazo. Aún después de confirmarse mi embarazo, seguía incrédula a esta posibilidad, y me repetí la prueba en otro laboratorio, pero en efecto así era: ¡estaba embarazada! Quedé en shock, impactada, no lo podía creer... finalmente había ocurrido... iba a ser madre... Ya tenía más de 9 semanas de gestación cuando lo supe.

A raíz de toda esta experiencia, de todo lo que me tocó vivir y que ahora puedo comprender como mujer sensibilizada, surgen en mi un sinnúmero de interrogantes, surgen muchas dudas acerca de lo que señalan el discurso médico y el discurso social, y cómo éstos señalamientos presionan a las mujeres de tal forma que las

llevan a tomar decisiones, algunas veces en detrimento de su calidad de vida; ahora que puedo ver con otros ojos ese momento de mi vida, me pregunto: ¿Cuán infalible es la ciencia médica, para el diagnóstico de lo que ella misma denomina “trastornos de fertilidad”? ¿Qué tan acertado fue mi diagnóstico?, pues finalmente logré concebir dos niños sin acudir a ningún tipo de tratamiento, ¿Qué habría ocurrido y que costo económico, emocional, psicológico y físico habría implicado para mí, de haber contado con la posibilidad de costear el tratamiento sugerido en ese momento de mi “diagnóstico”? ¿Cuántas mujeres habrán pasado por un proceso similar y habrán sido tal vez mal diagnosticadas, y peor aún, sometidas a traumáticos procedimientos y tratamientos en virtud de contar con las disponibilidad económica para ello? ¿Cuántas viven esta experiencia sin éxito o en caso contrario con embarazos múltiples? ¿Cómo afecta esto su salud física y emocional? ¿Cuántas veces ante la presión conyugal y/o familiar, y aunque la causa de infertilidad sea de origen masculino, es el cuerpo de la mujer el que debe someterse a procedimientos que podrían poner en riesgo su vida? ¿Es posible que la presión social/familiar/conyugal influya psicológica y emocionalmente en el logro de la concepción?

Además, y para afianzar mi experiencia, comentaré brevemente el testimonio de una mujer cercana a quien le tocó vivir una situación similar, pero que a diferencia de mí, si contaba con los recursos económicos necesarios, razón por la cual decidió someterse a todo lo que fuera necesario para poder lograr el fin: “ser madre a toda costa”. Sin embargo, lo que ella no sabía, cuando dio inicio a su larga cadena de exámenes y tratamientos, costosos y dolorosos, era que finalmente pasaría lo que tanto temía: no pudo lograr “el/la tan deseado/a hijo/a” y peor aún, en el intento casi pierde la vida, además de que los procedimientos dejaron secuelas importantes en su cuerpo y afectaron su salud. Quise comentar esta experiencia, ya que la misma también se constituye en una fuente de inspiración para realizar este trabajo de

investigación, pues nos muestra un escenario en el cual una mujer sana, casi pierde la vida, solo para lograr ser madre. De allí que esta experiencia me cuestiona una vez más: ¿Es que acaso una mujer debe ser madre a costa de lo que sea, aun de su propia vida? ¿Dónde queda nuestra existencia como mujeres? ¿Acaso subyugada a un binomio identitario mujer-madre indefectiblemente inseparable?

Lo anteriormente expuesto, dejó en mí una huella que inspiró la realización del presente trabajo de investigación, destacando que estas experiencias de vida podrían haber pasado desapercibidas, si nunca hubiese cursado el Seminario de Género que me permitió problematizar y ver los hechos desde otra perspectiva, pues para nosotras las mujeres muchos de los sufrimientos que nos toca vivir en todos los ámbitos de la vida, pasan como algo “normal”, no notamos que son producto de una sociedad androcéntrica que nos lleva a ese sufrimiento.

Así fue cómo surgió la inquietud de profundizar sobre el estudio de la maternidad desde la mirada de la Teoría Feminista y siguiendo la Metodología de Género, en relación a lo que simbólicamente representa esta categoría social, y todo lo que implica para una mujer enfrentarse a la imposibilidad de poder cumplir con dicho papel. En este sentido me surgen nuevas interrogantes, que pretenden ser develadas en el transcurso de la investigación: ¿Ser madre es realmente una decisión de vida, es un “instinto”, o es un destino impuesto socialmente? ¿Qué lugar ocupa en la subjetividad femenina la posibilidad de ser fértil o infértil? ¿Qué pasa con aquellas mujeres que no logran embarazarse de forma “natural”? ¿Es la infertilidad una enfermedad? ¿Son las nuevas tecnologías reproductivas una respuesta para las mujeres que recurren a ellas para lograr ser madres? ¿Se empoderan las mujeres de esta decisión o son víctimas de la presión social y de la ciencia? ¿Cómo afecta su calidad de vida al someterse a este tipo de procedimientos?

Me he permitido contar las motivaciones que me llevaron a desarrollar la temática planteada, ya que como refiere Eli Bartra (2002), "...la investigación social desde un punto de vista feminista se hace a partir de las experiencias de la persona o grupo investigador y en función de las experiencias de las mujeres investigadas..." (p. 143), por lo que tomando en consideración que la investigación que proponemos se hará desde la mirada de la Teoría Feminista, siguiendo la metodología de género y enmarcada en un abordaje cualitativo, es posible permitírmelo, ya que tal y como lo señala Gloria Comesaña (2008), "...en los estudios de la mujer, el sujeto y el objeto de estudio coinciden de una manera más consciente y planificada, lo cual permite abarcar de una forma completa y profunda al objeto, puesto que la investigadora es a la vez una de las mujeres que ella estudia..." (p. 38).

Además, es necesario tener en cuenta que la temática que pretendemos abordar es parte de la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, y partiendo de ello nos proponemos contribuir desde el análisis de las voces de las mujeres que se han sometido a este tipo de procedimientos, dar aportes con la intencionalidad política que propugna el Feminismo como movimiento, que no es más que cambiar la condición de subordinación y discriminación de las mujeres.

***Identidad femenina y maternidad: ¿Es la maternidad una decisión de vida, un instinto o un destino impuesto?***

*La maternidad asumida colectivamente, es el fundamento de la identidad femenina, tanto en el plano social como en el individual...*  
*Yvonne Kniebichler*

La constitución imaginaria de la identidad de hombres y mujeres en el ámbito contemporáneo, es justamente una percepción que se elabora en el nivel de las imágenes socialmente compartidas, organizadas por códigos que la colectividad

reproduce, sanciona y acepta. Desde luego, estas imágenes, que encarnan la propia identidad de las personas, también se encuentran en un proceso de constante transformación en la medida en que los propios códigos sociales se van modificando. En un sentido amplio, las identidades imaginarias deben comprenderse como el lugar de encuentro de la autopercepción y la percepción social que una persona o incluso una colectividad consigue de sí misma.

Interpretando lo que nos señalan autoras como Franca Basaglia (1983), Estela Serret (2004) y Marcela Lagarde (2008), la construcción social sobre lo que significa ser *hombre o mujer*, impacta constantemente en la definición de las diversas identidades. Pero la identidad, como sabemos, no se define únicamente a partir de esta sanción colectiva, sino que en ella interviene de una manera igualmente importante, la forma como los/las sujetos/as se autoperciben, recuperando ciertamente la mirada externa, pero reelaborándola a partir de su propia vivencia (Nobrega, 2015). Esto es precisamente, lo que nos hace ser individuales y colectivos al mismo tiempo.

Al respecto haremos mención a lo que señala Estela Serret en relación con la definición de identidad,

(...) el solapamiento y la intersección entre hétero y auto percepción se recupera y actúa por los sujetos, organizándose en distintos niveles del discurso, narrativamente. Los sujetos dicen de sí, como de otros, lo que son, no en una reconstrucción racional sino en la sucesión de relatos que expresan lo que se supone deben expresar. La manifestación de estos relatos cobra forma para el análisis sociológico en tanto tipificaciones; como un conjunto de etiquetas, cada una de las cuales descubre uno de los múltiples pliegues que dan cuerpo a la identidad. (2004: 1).

Una de esas etiquetas a las que aludimos, la constituye el *Género*, el cual indudablemente se convierte en el rasgo más importante del complejo identitario humano, que hasta ahora sigue siendo decisivo para dar forma a todos los demás rasgos que integran este conjunto. Cuando el género describe a las identidades,

cuando se inscribe en ellas, ordena prácticamente todas las demás piezas que pueden modificar la percepción social y la autopercepción del/la sujeto/a (Nobrega, 2015).

Si contrastamos al género con otros ordenadores de identidad, podremos entender más claramente de qué se trata. La pertenencia étnica, la nacionalidad, la raza o el credo religioso, son referentes que cambian considerablemente para el imaginario social si comparamos cómo se expresan en distintas épocas o en diversos pueblos. La singularidad del género consiste en que algunos rasgos socialmente atribuidos a la diferencia entre un hombre y una mujer, son constantes y similares a lo largo de la historia, en las distintas culturas, y en sociedades distantes entre sí. Muchas referencias fundamentales han cambiado muy poco a lo largo de las épocas y difieren en lo mínimo incluso entre las sociedades más contrastantes, y una de las categorías de género presente en el imaginario colectivo que menos ha variado, es la Maternidad (Nobrega, 2015), lo cual desde el tema que pretendemos abordar en esta investigación, es de especial relevancia.

En este sentido, Andino y Amigot, definen este ordenador de la identidad humana de la siguiente forma

El Género es un principio organizador de la vida social, estructurante de todas las actividades humanas (...) Las nociones en las que se basa van ligadas a los conceptos de sujeto, de individuo y de autonomía, en función de los que se otorgan determinados atributos, derechos y roles sociales, contribuyendo así a la construcción de la persona como sujeto social. (2001: 25-26).

Por su parte, y a propósito del tema que pretendemos abordar, Marta Lamas define identidad de Género como

(...) el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el nivel generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las

mujeres paren a los hijos/as, y por lo tanto los cuidan; ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales establece estereotipos las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género. Lo que el concepto de género ayuda a comprender es que muchas de las cuestiones que pensamos que son atributos “naturales” de los hombres o de las mujeres, en realidad son características construidas socialmente, que no tienen relación con la biología. (1995: 5).

Ahora bien, apropiándonos de la perspectiva feminista sobre la constitución genérica binaria del mundo, es necesario acercarnos a lo que pudiésemos entender por identidad femenina. Parafraseando lo que nos dice Franca Basaglia (1983) en relación con este aspecto, se ha definido una condición de la mujer constituida por las características genéricas que comparten, teóricamente, todas las mujeres en una abstracción de sus condiciones de vida. Siendo así, se describe la condición femenina como el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a las mujeres como seres sociales, y cómo han sido construidas como *seres-para* y *de-los-otros*. El deseo femenino organizador de la identidad, es el deseo por los otros.

En este sentido, nos señala Marcela Lagarde que

La identidad de las mujeres es el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida. La experiencia particular está determinada por las condiciones de vida que incluyen, además, la perspectiva ideológica a partir de la cual cada mujer tiene conciencia de sí y del mundo, de los límites de su persona y de los límites de su conocimiento, de su sabiduría, y de los confines de su universo. Todos ellos son hechos a partir de los cuales y en los cuales las mujeres existen, devienen. (2008: 34).

Esta condición genérica es histórica en tanto que es diferente de lo natural. Es opuesta teóricamente a la ideología de la naturaleza femenina, la cual supone un conjunto de atributos sexuales de las mujeres, que van desde el cuerpo, hasta formas de comportamiento, actitudes, capacidades intelectuales y físicas, su lugar en las relaciones económicas y sociales, así como la opresión que las somete. La

ideología patriarcal afirma que el origen y la dialéctica de la condición de las mujeres escapan a la historia y, para la mitad de la humanidad, corresponde a determinaciones biológicas.

Al respecto, y parafraseando a Elisa Cabral (2013), podemos decir entonces que es el sexo el que marca la huella biohistórica que distingue, clasifica y posiciona a mujeres y hombres en la sociedad. Todo parece indicar que, a partir de las diferencias sexuales, interpretadas y organizadas en función del género, se afincará la cultura para imprimir los primeros signos del desconcierto: diferenciaciones, oposiciones, separaciones, jerarquías, exclusiones... y un largo etcétera de desigualdades que habitarán las relaciones entre los sexos. Pero, el problema es más complejo que las “obvias” y “naturales” diferencias sexuales, cuando éstas trascienden a la cultura que las simboliza, al discurso que las nombra, a los cuerpos que las viven, a los imaginarios que las representan, a los saberes que se ocupan de ellas, a las relaciones de género que definen lo masculino y lo femenino, a las relaciones y prácticas sociales que las reproducen y legitiman en desigualdades y disimetrías sociales que delatan una historia de relaciones androcéntricas de dominación, de la que no se sustraen los cuerpos, el deseo y sus placeres en la experiencia de vivir una sexualidad atravesada por una lógica de género, que es, una lógica de poder y de violencia simbólica.

Coincidiendo con esta autora, señala Gita Sen, que

Como fenómeno social, el género impone relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres mediante normas y valores culturales y simbólicos. Además, el género impregna las instituciones sociales porque no solo se refiere a las relaciones entre los sexos en el ámbito individual, sino también a una gama compleja de estructuras, prácticas y comportamientos que definen los sistemas de organización que constituyen las sociedades humanas. (2005: 7).

Partiendo entonces de la premisa básica, que el concepto de identidad es una construcción eminentemente histórica, cultural y social que responde a una organización genérica del mundo, en donde se definen actividades y valoraciones distintas para cada género y para las prácticas que realizan, cabe la inquietud acerca de los cambios que se han dado y que se están generando en las identidades de las/los sujeta/os, a partir de un contexto distinto, y de cómo estas transformaciones individuales profundizan los cambios globales. A propósito de ello, a continuación miraremos lo que histórica, cultural y socialmente ha sido la construcción de la identidad femenina, enfocándonos en la construcción socio-simbólica de la maternidad como uno de los aspectos fundamentales que le permiten “ser una mujer completa”.

La maternidad, sin lugar a dudas, es la representación cultural más compleja que sobre el imaginario de las mujeres se ha elaborado a lo largo de la historia del pensamiento occidental. Ésta es una categoría plena de sentidos, que ayuda a interpretar la representación de una serie de ideales sociales construidos en su entorno, que no se trata sólo de una mera abstracción o una expresión lingüística, sino que se inscribe vitalmente en la experiencia de las/los individuos/os y determina las condiciones de su socialización como seres sexuados (Nobrega y Camacaro, 2014).

En este sentido, señala Cristina Palomar que

Plantear que la maternidad es una práctica cultural significa también relativizar los lugares comunes sobre ésta, ya que implica asumir, de entrada, que el significado que esta práctica tiene, está en estrecha relación con el contexto cultural, social y económico en que se realiza. Enfocar de esta manera al fenómeno de la maternidad vuelve a plantear la vieja y falsa oposición naturaleza-cultura, ya que las respuestas automáticas traen otra vez las mencionadas nociones sobre la “naturaleza” de las mujeres, el “instinto materno” y la “esencia femenina”. Los aspectos culturales solamente suelen asociarse, al analizar la maternidad, con la fenomenología que presenta, pero no con su misma existencia. En términos tradicionales, nadie se atrevería a

sostener que **la maternidad es, hoy por hoy, un hecho cultural y no biológico. Es decir, que se trata de una cuestión de género**<sup>\*</sup>. Es el género, en tanto conjunto de ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer en nuestra sociedad y en nuestro tiempo, lo que determina el fenómeno, tanto en lo subjetivo como en lo colectivo. (2005: 43-44).

---

Las negrillas son nuestras

Así, la representación de la maternidad (proceso mediante el cual nuestra cultura ha usado las prácticas significantes para producir un sentido determinado en relación con esta categoría) está determinada en el *Discurso Social* por una dominación simbólica, fruto de la materialización de las diferencias entre lo femenino y lo masculino, diferencias que se han arraigado desde lo biológico, centrándose en la función reproductora de las mujeres. En este sentido, la función biológica de la reproducción adquiere en el orden simbólico que define a la cultura, un valor que remite a campos semánticos complejos delimitados por articulaciones significantes y no a un objeto supuestamente natural (Nobrega y Camacaro, 2014).

Podríamos sostener entonces que la maternidad como práctica social, es una categoría construida a lo largo de la historia de la humanidad, formando parte de las representaciones sociales y culturales, que las/los sujetas/os elaboran a partir de una praxis cotidiana de una experiencia concreta que les ayuda a organizar y justificar el funcionamiento social, como forma de ver el mundo y orientar sus acciones, otorgándole sentido a las prácticas sociales, colectivas e individuales, adquiriendo significado a través del imaginario social, en las interacciones de la cual forman parte (Nobrega y Camacaro, 2014).

Esta representación, lejos de ser un reflejo o un efecto de la maternidad biológica, es producto de una operación simbólica que asigna una significación a la dimensión materna de lo femenino y, por ello, son al mismo tiempo portadoras y productoras de sentido. Esto trae como resultado que la maternidad se manifieste como un

proceso complejo que adquiere matices diferentes y muchas veces contradictorios.

Al respecto, reflexiona Silvia Tubert que

Durante tanto tiempo se ha concebido a la maternidad como una función de carácter instintivo, profundamente arraigada en la estructura biológica de la mujer, independiente de las circunstancias temporales y espaciales en las que tiene lugar, que nos resulta difícil reconocer que, en tanto fenómeno humano, **la maternidad es una construcción cultural**\*. (1991: 49).

---

Las negrillas son nuestras

Así, la maternidad es una categoría discursiva que se inscribe en la experiencia de los/las sujetos/as y determina condiciones de socialización como seres sexuados. Es una variable de relación humana que, con una función biológica como trasfondo, elabora un conjunto de asignaciones simbólicas con las que las mujeres deben enfrentarse individual y colectivamente. Al designar el “ser madres” como un hecho estrictamente natural, la ideología patriarcal sitúa a las mujeres dentro del ámbito de la reproducción biológica, negando su identidad fuera de la función materna. El deseo de las mujeres no cuenta, porque se supone integrado en el orden de los discursos legitimados del sistema.

El hecho de que seamos las mujeres las que parimos es invariable; esta posibilidad biológica de las mujeres es convertida en un mandato social a través de la afirmación del instinto materno universal en las mujeres. Dicha afirmación garantizará que se asuma -y que ellas mismas asuman- que tienen la obligación de ser madres, y en segundo lugar, que gracias a ese instinto (impuesto desde la ideología patriarcal) la maternidad biológica se transforme en maternidad sociológica, en hecho social, logrando que las diferencias biológicas entre los sexos se conviertan en la base del sometimiento femenino.

El mito del “instinto maternal”, supuestamente natural e intrínseco, predestina a las mujeres a ser madres para que posteriormente se dediquen con prioridad al cuidado

de los niños/as que nazcan, resaltando que no se encuentra ningún correlato equivalente en el caso del varón. La maternidad, y en especial su ejercicio, condicionan la conciencia maternal. El mito del instinto maternal es un claro exponente de la utilización de datos biológicos (como el útero, el embarazo o el parto) con fines de opresión y aislamiento de las mujeres en la función reproductiva. Deja así de ser natural, por la manipulación y reinterpretación social a la que se somete.

Dicha manipulación es la que confecciona el “eterno maternal”, concepto acuñado por Patrice DiQuinzio (citada en Saleti Cuesta) para referirse a

(...) la formación ideológica dominante, que especifica los atributos de la maternidad y articula la feminidad en términos de maternidad sobreentendida. Construyendo la maternidad de las mujeres como natural e inevitable, el «eterno maternal» dictamina que toda mujer debe querer y debe ser madre, determinando que las que no manifiesten estas cualidades requeridas y/o se nieguen a ejercerlas son desviadas o deficientes como mujeres. (2008: 174).

En todas las sociedades históricas conocidas, la maternidad ha sido considerada la condición femenina por excelencia, e incluso la misma esencia femenina. Sin duda, ha sido la capacidad biológica de procrear de las mujeres (las únicas que disponen de un cuerpo capaz de engendrar y albergar a otro cuerpo) la que ha sustentado la permanente identificación entre feminidad y maternidad. A partir de esta equivalencia, las mujeres han sido presentadas por los discursos dominantes como seres unidimensionales que sólo pueden ser madres (Nobrega y Camacaro, 2014).

La maternidad ha sido desplazada del campo de las opciones, al campo de lo “natural”, es decir, que se la trata como si fuera el cumplimiento de un mandato instintivo. Las conductas instintivas son inmutables, pertenecen al ámbito de la naturaleza y se producen con prescindencia del entorno social. En cambio las conductas determinadas socialmente forman parte del devenir histórico, se

modifican de acuerdo con el tiempo y las circunstancias y a su vez son causa de modificaciones en las estructuras de las relaciones. Las personas actuamos de acuerdo con conductas aprendidas socialmente y carecemos casi por completo de conductas complejas instintivas. Estas se reducen al campo de los actos reflejos y poco más. Sin embargo, existe el mito de asignar al campo de lo instintivo conductas muy complejas y elaboradas, notándose que hay una tendencia a asignar a las mujeres este tipo de conductas.

Así, lo que las mujeres son y hacen no se lee como construido socialmente en un sistema asimétrico de relaciones de poder, sino como consecuencia de sus impulsos innatos. Asignar las mujeres globalmente al mundo de la naturaleza, mientras que se relaciona a los hombres con el de la cultura, y considerar que sus conductas están dictadas por principios inmutables y ahistóricos, es una forma de evitar discutir la funcionalidad social del lugar en el que se las ha colocado.

Esta valoración de las mujeres centrada en su capacidad reproductiva, hace que se interiorice la idea de que la maternidad es un destino, y que implica en sí misma el mayor premio y la más alta satisfacción. Pero además, la construcción del mito del instinto maternal da, por otra parte, buenos dividendos a la profesión médica, al trasladar el deseo de procrear al campo de lo esperado para todas las mujeres, lo que genera una demanda de acceso a procedimientos de reproducción asistida o medicalizada, legitimando la casi obligación para las mujeres infértiles/estériles de someterse a tratamientos complicados, caros y molestos.

La capacidad de parir es algo biológico; la necesidad de convertirlo en un papel primordial para las mujeres, es cultural. En este sentido, Simone De Beauvoir fue una de las primeras feministas en desmontar el mito del “instinto materno”. Con la publicación de “El Segundo Sexo” de Simone de Beauvoir en 1949, la identidad de

las mujeres comienza a disociarse de la maternidad y éstas comienzan a ser estudiadas como sujetas/objeto científico. De Beauvoir plantea la inexistencia del instinto maternal y ubica en la naturaleza, el dispositivo utilizado por el patriarcado para la dominación sobre las mujeres. Para De Beauvoir, el lugar que ocupa la madre en la sociedad, es un lugar de subordinación y de exclusión de la categoría sujeta social, ya que a las madres se les impone una imagen restrictiva, privada de lenguaje, en la cual las mujeres no son sujetas de derechos. El rol maternal tiene efectos profundos en la vida de las mujeres, en la ideología sobre las mujeres, en la reproducción de la masculinidad, en la desigualdad sexual y en la generación de formas precisas de poder laboral (Nobrega y Camacaro, 2014).

Para reforzar lo anterior, destacaremos lo que señala Victoria Sau en relación con la no existencia del instinto materno, y de hecho con la no existencia de una maternidad como tal, sino que plantea más bien que la Madre es función del Padre, por cuanto se ha perdido el orden simbólico de la Madre:

Esta maternidad – promovida por los jefes espirituales como el único destino válido para las mujeres – significa casi siempre perpetuar una genealogía de tipo patriarcal haciéndole hijos/as al marido, al Estado, a los poderes culturales masculinos (...) así el orden simbólico y el orden biológico se integran, en la función de la paternidad. La maternidad es el recinto de ese orden, pero el eje significativo es la paternidad. (1995: 30-31).

Esta misma autora señala, que las mujeres-madres-naturales pasan así a ser una función del Padre, y que al estar subordinadas a éste tienen una posición de figuras intermediarias entre dicho Padre y sus – de Él – hijas/os. Pero el Padre las hace llamar “madres” y su función “maternidad”, creando la gran confusión entre significantes y significado. Hijas e hijos creen tener una madre e interiorizan un cierto estereotipo de maternidad acorde con el tiempo y el lugar que les ha tocado vivir, pero lo cierto es que esas palabras son mera apariencia, sin existencia real. La Madre ha sido rebajada a la condición de funcionaria del Padre. Cumple así las

funciones de las que la naturaleza le excluyó pero sobre las que detenta el control, y las de crianza y maternaje que la compensan engañosamente, del daño sufrido en el origen.

A propósito de esto, Nancy Chodorow (1984) por su parte, ha distinguido el ejercicio maternal de las mujeres como el punto central de la división sexual del trabajo, promoviendo la necesidad de estudiar la noción de “maternaje” como el resultado de un proceso cultural que ha asignado históricamente a las mujeres el papel de cuidadoras y rechazando las nociones naturalizadas sobre el ejercicio maternal. Es el ejercicio maternal de las mujeres el que determina su localización en la esfera doméstica de la sociedad, observándose que aun y cuando esté incorporada al mundo público, no se deslustra del trabajo doméstico, reproduciendo así la identidad genérica que se adquiere a través de la socialización.

Para Silvia Tubert (2004), las representaciones que configuran el imaginario social de la maternidad tienen un enorme poder reductor, en la medida en que todos los posibles deseos de las mujeres son sustituidos por uno, “*el de tener un hijo/a*”, en tanto que la maternidad crearía una identidad homogénea de todas las mujeres. La maternidad ha quedado así enmarcada en una identificación con la feminidad, adquiriendo este proceso el rango de ideal cultural, proporcionando una medida común para todas las mujeres, que no da lugar a las posibles diferencias individuales con respecto a lo que se puede ser y desear. La identificación con ese ideal permite acceder a una identidad ilusoria que proporciona una imagen falsamente unitaria y totalizadora (Nobrega y Camacaro, 2014).

Las representaciones dominantes de la maternidad se desarrollan en relación a las construcciones políticas y sociales constituidas a su alrededor y mantenidas por el sistema de género que les subyace. Estas representaciones imponen una única

forma de conceptualizar lo femenino, anulando otras posibles definiciones de lo que significa ser mujer. El resultado es que *“toda mujer equivale a una madre”*. Esta imposición tiene una serie de consecuencias para las mujeres, entre las que destaca el reduccionismo de la definición de la identidad femenina como función maternal (Nobrega y Camacaro, 2014).

Se ha impuesto socialmente a las mujeres, un ideal maternal asexuado, con una práctica médica que lo avala, en el cual las mujeres han sido descritas como carentes de deseo y de hostilidades, para adecuarlas a una perfecta relación filial que deben cumplir a la perfección si no desean ver peligrar su feminidad y su aceptación social. De ahí la necesidad de realizar estudios con perspectiva de género, como el que aquí proponemos, que permitan deconstruir los ideales hegemónicos, para poder situar la maternidad en relación con la multiplicidad de deseos, opuesta a la identidad que imponen las sociedades androcéntricas.

### ***¿Y ante la imposibilidad de cumplir con el mandato social?***

*La mujer que no es madre perturba el orden establecido,  
pone en cuestión aquello que regula las relaciones entre hombres y mujeres,  
conmueve el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico, el poder de uno sobre el otro.*  
Silvia Tubert

Es necesario considerar que las mujeres han ido modificando sus prácticas y su *lugar/estar* en el mundo. Las estadísticas son elocuentes y nos muestran las variaciones en cuanto a prácticas personales y sociales que han ido realizando mujeres en diversos ámbitos. La maternidad es uno de los aspectos de la vida de las mujeres urbanas que más drásticamente ha cambiado desde la segunda mitad del siglo XX. Esta transformación se relaciona con el logro de igualdad jurídica para la población femenina y su ingreso a la esfera pública, la creciente urbanización, la expansión de los servicios públicos (escuela y salud), el alargamiento de la esperanza

de vida gracias a los adelantos en la medicina antibacteriana y el descenso de las tasas de fertilidad debido a la expansión de métodos anticonceptivos modernos. En la actualidad las mujeres, tienen menos hijos/as y viven más tiempo (Nobrega y Camacaro, 2014).

Por otra parte, el tiempo dedicado a la maternidad es también menor en la vida cotidiana de las mujeres porque los/as hijos/as pasan buena parte del tiempo en la escuela, y las tareas domésticas han disminuido con la expansión del mercado de consumo. En suma, el proyecto de vida de la población femenina ya no se dedica exclusivamente a la función de reproductora y socializadora. Estos cambios estarían rompiendo con la ilusión de la existencia de una identidad femenina que unía a todas las mujeres y se anclaba en características naturales y roles sociales específicos tales como la crianza de los/as hijos/as (Nobrega y Camacaro, 2014).

De allí, que todos estos cambios van desmontando fehacientemente el mito del instinto maternal, y nos hacen ver que esa identidad construida mujer/madre no es tan unívoca, ya que si fuera tan biológica o instintiva, como se plantea desde la ideología patriarcal, no se rompería. En la actualidad el trabajo, la participación política, la relación de pareja y la búsqueda personal cobran importancia creciente y compiten con la maternidad (Nobrega, 2015), quebrantando ese concepto tan biológico y único de identificación con el ser madres.

Cuando se habla de cambios en los patrones de la maternidad, a menudo sólo se tiene en cuenta el retraso de la edad del/la primer hijo/a y la reducción del número de hijos/as que las familias finalmente tienen. Pero la maternidad no sólo se pospone, sino que su ejercicio cada vez entra más en disonancia con el patrón de la maternidad intensiva, propia de la familia tradicional y que, como su nombre indica, concibe el papel de las madres a partir de una gran dedicación a los/as hijos/as en

términos de tiempo; asumiendo que son ellas las únicas quienes pueden ocuparse del cuidado de los/as hijos/as (Nobrega y Camacaro, 2014).

En consecuencia, los discursos que contenían la definición de maternidad se han ampliado y diversificado de manera tal que muchos de ellos entran en contraposición con las definiciones que fueron corrientes hasta hace muy poco tiempo. La definición patriarcal de maternidad ha entrado en crisis... ha dejado de ser coherente, articulada alrededor de su asociación a la pureza y la virtud, núcleo del hogar, responsable de la formación de los/as hijos/as y baluarte moral de la familia y la nación. Hoy, este discurso se encuentra enfrentado a otros que lo cuestionan y a prácticas y cambios en ciertas instituciones que la llevan en otra dirección (Nobrega y Camacaro, 2014), y estos cuestionamientos dan pie a la posibilidad de rastrearlos a través de investigaciones como la que desarrollamos.

Pero si bien el papel de las mujeres en la sociedad ha cambiado, así como sus expectativas y aspiraciones, el “deseo de maternidad” sigue estando bien arraigado en el imaginario colectivo de las mujeres, pese a su inoperatividad en muchos casos en la práctica cotidiana actual (Nobrega y Camacaro, 2014). Esta inoperatividad se traduce en una contradicción, pues aun cuando la sociedad exagera la maternidad a través del discurso, el diseño y la institucionalidad social no están en función de la misma, lo cual trae como consecuencia que una mujer no pueda ser madre sin ser doblemente explotada. Así, esta inoperatividad crea un dilema ante aspiraciones incompatibles entre sí, lo que genera un fuerte sentimiento de frustración, estrés, angustia y culpabilidad, siendo así el costo de la maternidad demasiado elevado desde la subjetividad (González, 2017).

Marta Lamas hace el siguiente señalamiento al respecto

Si algo caracteriza la vida contemporánea, es que amplía el marco de acción de la mujer, sacándola del estrecho espacio de la familia...

Justamente si algo implica la verdadera “incorporación” de las mujeres a la sociedad, y eso se comprueba en las sociedades modernas, es el rompimiento de la identificación mujer/familia (...) El desarrollo agudiza la contradicción entre el rol femenino tradicional –el papel de madre y ama de casa– y los nuevos roles, de ciudadana y trabajadora. Una perspectiva de género ayuda a reconocer cómo las costumbres culturales limitan la participación femenina en la vida pública. Las contradicciones están al punto que tanto desde el discurso político como desde los medios se acepta y hasta se impone como legítima la imagen de la mujer que trabaja fuera de la casa, **sin plantear para nada la necesidad de una infraestructura de servicios sociales y ni de recomponer las pautas** \* –no compartidas– del trabajo familiar. (1995: 10).

\* Las negrillas son nuestras

Asumiendo entonces, que el peso de la cultura es influyente en la construcción de la identidad de las mujeres y reconociendo que la particular historia psíquica y familiar de la mujer, es condicionante en el deseo consciente o inconsciente de ser madre o de tener hijos/as, cabe preguntarse, ¿qué sucede con este ideal de maternidad, cuando una mujer conscientemente pospone la maternidad y queda “impedida” físicamente para procrear hijos/as? (Nobrega y Camacaro, 2014).

Como hemos visto, históricamente a las mujeres se les han asignado, incluso de forma mítica, binomios inseparables tales como que mujer es igual a madre, o que mujer es igual a familia, lo cual ha definido algunos mitos femeninos, y que influye en todas las esferas vitales femeninas y organiza su vida, independientemente de cualquier condición (Nobrega, 2015). A las mujeres se les educa para la casa, asumiendo papeles de buenas madres y esposas, los que conforman el eje de las subjetividades femeninas. Desde muy pequeñas, lo primero que se les regala a las niñas, es una muñeca, para que jueguen a ser madres y repitan los estereotipos establecidos.

Al respecto, para Díaz Bernal y García Jordá (2011), con la llegada de un embarazo la mujer deja de ser mujer para convertirse en madre, muchas veces en detrimento del propio papel de mujer, con todo lo que trae aparejado de por sí el tradicional

binomio mujer = madre. Lo femenino socializado en el modelo de la pasividad, la ternura, el afecto, la complacencia, la maternidad y la valoración del ser mujer a partir de las tareas del “maternaje”, supone un estilo de vida de un gran número de mujeres. Pero cuando la función mujer = madre no se puede lograr, daña su autoestima y provoca depresión; es entonces cuando ante la imposibilidad del embarazo por infertilidad se sienten frustradas, pues dejan de cumplir con una de sus principales funciones y no satisfacen, desde lo sociocultural y lo personal, uno de los principales arquetipos femeninos.

Como fue comentado anteriormente, este maternaje fue un concepto acuñado por Nancy Chodorow en 1984, y se conceptualiza como, todas las acciones o tareas asociadas con el proceso de maternidad y se manifiesta en comportamientos específicos: pérdida de horas de sueño, posposición del disfrute y de sus propias prioridades en aras del cumplimiento de la función maternal, entre otros. El maternaje como comportamiento asignado y asumido cultural y socialmente para las mujeres, es un proceso interminable, que remite a una larga cadena de sucesos asociados con la maternidad, que solo termina con la vida de la mujer y en el cual ella juega un papel protagónico. El maternaje como constructo, sufre modificaciones ante la imposibilidad de procrear, de hecho, muchas mujeres infecundas se sienten vacías y frustradas en su condición femenina.

Para el caso concreto de la infertilidad, lo anterior se traduce sobre todo en cierta concepción perpetuada y culturalmente arraigada, en cuanto al responsable papel femenino en la reproducción biológica y social de la especie, en tanto, el binomio mujer = madre persiste en el imaginario social y se refleja en la praxis cotidiana, tanto a nivel interno del grupo como entre grupos heterogéneos. Lo anterior tiene connotaciones en el proceso salud-enfermedad-atención, que no por ciertas, son adecuadamente manejadas por los servicios de salud.

De tal manera, a nivel colectivo suele prevalecer el criterio de que la infertilidad obedece a causas de origen femenino, como si la concepción de un embarazo fuera responsabilidad exclusiva de las condiciones biológicas femeninas. Téngase en consideración que la sinonimia establecida entre mujer infértil y mujer vacía, parte de la condición de madre que se espera de toda mujer, tal como señalan Díaz Bernal y García Jordá (2011), papel asignado y "asumido para y por la hembra humana a quien le corresponde reproducir la especie" (p. 110), lo que socialmente y desde la pareja es además garante de estabilidad familiar y vital para la no disolución de la vida en pareja. Al interior de la pareja esto puede conducir a crisis tanto en el orden emocional como psíquico y sexual, lo que puede resultar en una relación de pareja disfuncional, cargada de culpas y en muchos casos con relaciones extramatrimoniales, sobre todo para los hombres que buscan la reafirmación de su condición viril/patriarcal/androcéntrica. Todo ello refuerza que, desde la propia pareja, sea la mujer quien sienta mayor responsabilidad en la búsqueda de atención y su seguimiento, así como que la infertilidad se visualice como un evento femenino, aun cuando sea masculina (Nobrega y Camacaro, 2014).

Desde esta visión amplia y compleja de la infertilidad femenina, es necesario comprender el proceso de la reproducción y la centralidad de ésta en la sociedad, así como la necesidad de su control por parte de las instancias que detentan el poder, ya que está en juego a través de cualquiera de sus componentes la perpetuación social. La reproducción humana no es un fenómeno meramente biológico, sino que es una actividad social, que está determinada por diferentes condiciones políticas, materiales y socioculturales, que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significación a todos sus elementos como son el embarazo, parto, puerperio, e incluso el control de

la infertilidad; produciendo en consecuencia determinadas ideologías de la maternidad (Nobrega y Camacaro, 2014), (y también de la paternidad).

## ***Ciencia médica como poder controlador del cuerpo femenino***

*El cuerpo como lugar de gestación se medicaliza. Se borra la diferencia entre el cuerpo del discurso del sujeto, que como tal está abierto al infinito juego de la significancia, y el cuerpo del discurso científico.*

*Silvia Tubert*

Intentar comprender los motivos y las formas en que se controla el proceso reproductivo, nos obliga a hacer una genealogía histórica. En la mayoría de las sociedades occidentales a mediados del siglo pasado, la atención del embarazo, parto y puerperio deja de ser atendido por mujeres, parteras y comadronas, sin formación médica, fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser en el hospital, como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las mujeres, naturalizado, donde ya no es un fenómeno social compartido por las mujeres con sus redes sociales, sino que es el personal sanitario (principalmente los/as ginecobstetras) quienes dirigen, deciden y están presentes, y donde antes se utilizaban métodos naturales, hoy se privilegia el empleo de sofisticada tecnología y medicalización.

De esta manera se empezó a producir un control sobre las mujeres porque son reproductoras, porque lo que pasa en sus cuerpos durante este proceso no es asunto suyo, particular, privado, sino que es público. Narotzky y Tabet (citadas en Blázquez, 2005) señalan que el inicio del control se da desde el momento de la fecundación hasta la crianza.

Este control ejercido principalmente por la medicina, se enmarca dentro de un modelo médico particular: la biomedicina o medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita, etnomedicina fisiológicamente orientada o Modelo Médico Hegemónico. Dicho modelo biomédico dota a los/as sujetos/as, al cuerpo humano y a los procesos de salud-enfermedad-atención, de unas determinadas características llamadas presunciones de científicidad, todas las cuales van a estar presentes en el

proceso reproductivo y potencian el modelo de control mediante la medicalización de este proceso. Sin embargo, este proceso biomédico y la medicalización de la salud se da de una forma particular con las mujeres, que refuerza su situación de dependencia y por tanto, su posición subordinada, lo que nos induce a relacionar la institución médica y su praxis con la reproducción y mantenimiento de un sistema social de control y regulación de las mujeres.

Así, el discurso socio-simbólico patriarcal-androcéntrico al cual hemos venido haciendo mención en párrafos anteriores, permea y alimenta otro discurso hegemónico patriarcal como es el *Discurso Médico*, que a su vez se superpone al discurso social de la maternidad, atravesándolo completamente en un juego bidireccional que es permanente, es decir, ambos discursos (social y médico) van de la mano (Nobrega y Camacaro, 2014) y se alimentan mutuamente en relación con el tema que abordamos.

En el discurso médico de la maternidad, se ha podido observar una medicalización progresiva de los cuerpos de las mujeres, especialmente centrada en su ciclo reproductivo. El control de la reproducción desde las ciencias médicas, forma parte del control “estadístico” de la población, que comienza a ejercer el Estado desde que se considera la población como fuente de riqueza, donde los cuerpos femeninos pasan a ser objetos valiosos que sirven para producir individuos/as que tienen un valor económico (aunque no todos ellos tienen el mismo valor: por eso se promueve la natalidad en los países ricos, aún a costa de caros y dolorosos experimentos en los cuerpos de las mujeres con las nuevas tecnologías de la reproducción, mientras que se esteriliza indiscriminadamente a las mujeres del “tercer mundo”, pero esto es tema de otra discusión) (Nobrega, 2015).

De allí el importante papel que ha jugado la medicina al convertir a las mujeres en el objeto de su discurso y sus prácticas, y cómo ha contribuido con ello a normalizar y controlar una feminidad histórica y culturalmente construida, ya que lo que se intenta es constituir la identidad femenina a través de un entramado de relaciones de poder-saber.

Al respecto, haremos mención a varios señalamientos de la autora Daisy Camacaro:

En el andamiaje del discurso médico, toda la armazón fue y será el sometimiento de la mujer; nuestro destino quedó marcado por nuestras características bio-físicas. Históricamente, el discurso médico se convirtió en el arma más poderosa para legitimar los prejuicios sociales y observaciones hechas de la naturaleza en una verdad científica. Este paradigma, construido por hombres y atendiendo a los intereses del sistema patriarcal, fue ejerciendo su poder hegemónico, impuso su visión androcéntrica y se convirtió en un discurso victorioso hasta hoy (...) el discurso médico patriarcal delimitó el territorio, ancló su bandera y colonizó el cuerpo de la mujer; construyendo nuestro género desde su perspectiva. (2007: 30-31).

En este sentido, y a propósito del tema que abordamos, reforzaremos las ideas anteriores con lo que señala Dora Cardaci

(...) la reproducción asistida convierte el cuerpo de la mujer en territorio de experimentación y se denuncia como un mecanismo más de sumisión de las mujeres a su destino biológico. La búsqueda de esos tratamientos por las mujeres se explica como **resultado de la ideología patriarcal**. (2011: 246).

<sup>\*</sup>Las negrillas son nuestras

Así, para el Discurso Médico, dueño de las decisiones sobre los cuerpos femeninos, se impone la medicalización de cualquier aspecto relacionado con su capacidad reproductiva. De allí que, en ese juego bidireccional perverso que se ha mantenido en el tiempo entre el discurso social y el discurso médico, se imponga una especie de pacto entre la cultura y la ciencia para el sometimiento de los cuerpos de la mujeres, y para el caso que estamos planteando, como lo es la infertilidad femenina, esto no ha sido la excepción (Nobrega y Camacaro, 2014).

El discurso biomédico parte de una visión del cuerpo como máquina, por lo que ante la imposibilidad de concebir “naturalmente” en virtud de un “cuerpo imperfecto”, plantea la posibilidad de repararlo. El interés de considerar el discurso médico de la infertilidad, se sustenta en el propósito de tener antecedentes de cómo han sido entendidos y manejados los problemas de infertilidad en el campo médico, y cómo este pensamiento médico no sólo se reproduce en su ámbito, sino que a través de la relación médico-paciente se transmite la percepción "científica" al resto de las personas (usuarias/os), influyendo en el comportamiento de éstos últimos dentro del sistema salud-enfermedad-atención. Es decir, se da una “conciencia médica generalizada”, difundida en el espacio y en el tiempo, ligada a cada existencia individual, pero al mismo tiempo a la vida colectiva de la sociedad. Esta conciencia es lo que hace posible que la falta de un/a hijo/a se perciba como “enfermedad” y se pida una solución al cuerpo médico (Nobrega y Camacaro, 2014).

Silvia Tubert nos hace varios planteamientos en este sentido, de los cuales señalaremos el siguiente, especialmente por el tema que estamos abordando:

Las nuevas tecnologías de reproducción asistida son una manifestación más del control de la vida y de la sexualidad humana por parte del poder. Este se encuentra legitimado bajo su forma médica, *sanitaria*, que constituye la ficción de una superestructura científica capaz de unificar y totalizar el saber. De este modo, el discurso médico, en tanto funciona como una de las innumerables máscaras del poder, constituye a la sexualidad como saber y, simultáneamente, como campo de dominio. La modernidad instauro su universo material y conceptual en el que las relaciones de saber-poder se articulan en el cuerpo. (1991:254).

A propósito de lo anterior y para reforzar la idea del entramado que existe entre el Discurso Social y el Discurso Médico, Marbella Camacaro señala que

Hoy el desarrollo tecnológico, máxima expresión de progreso en nuestras sociedades, y apoyo indiscutible de la ciencia médica, ha tenido un avance enorme a nivel de las tecnologías reproductivas, las cuales en los momentos actuales funcionan a partir de la ideología patriarcal sobre el cuerpo de la mujer, por ello, no es gratuito que los máximos avances a nivel de estas tecnologías, han sido en el campo de la reproducción femenina, no en la masculina. Todo ello se sustenta en la valoración de la

mujer como madre, el discurso por el que transita la tecnología reproductiva es el de la maternidad social, en tanto que la esterilidad es vista como un des-orden biológico que requiere la intervención médica para salvar a las mujeres de su cuerpo fallido que les impide la maternidad. (2010: 62).

Así, consideremos pues un doble juego metafórico que remite a dos discursos y a dos sistemas socio-simbólicos distintos aunque interrelacionados: el discurso médico científico y el discurso social patriarcal-androcéntrico: “el cuerpo es una máquina”, “la mujer es madre”. Ambas metáforas, con hondas raíces en la historia de la ciencia y del pensamiento occidental son de carácter ontológico (Lakoff y Jhonson, citados en Sánchez, 2005). La primera, que entiende y modeliza al cuerpo humano como máquina, se relaciona con la metodología reduccionista y fragmentaria propia de la ciencia occidental antes aludida; la segunda, que fija a las mujeres con un único papel positivamente valorizado, el de madre, nos remite a claves antroposociales que no sólo son occidentales sino planetarias.

Al considerar al cuerpo como máquina se descuida la mirada globalizadora y la indivisibilidad de la unidad psicosomática que acompaña tanto al deseo de maternidad, como a determinadas situaciones de infertilidad. Al considerar a las mujeres fundamentalmente como madres, se eleva el deseo de maternidad a categoría determinante de la imprescindibilidad de las investigaciones en nuevas técnicas de reproducción asistida. En efecto, la oferta tecnológica en que se han convertido estas tecnologías, se enmarca en un discurso que apela al deseo de maternidad (e incluso de paternidad). Así, en un bucle infernal, la biomedicina justifica su oferta en la demanda de las mujeres, y, por ello mismo, las mujeres ya no pueden prescindir del recurso a esa oferta tecnológica. De este modo, el modelo médico hegemónico concibe a la infertilidad como un trastorno puramente físico, cuya solución está a la espera de la terapéutica médica o quirúrgica adecuada.

Por otra parte, tenemos que considerar las múltiples raíces enmarañadas (lingüísticas, lógicas, ideológicas y socioculturales) que están en la base de la generación de la demanda de hijo/a, junto con la respuesta de fragmentación y medicalización del cuerpo que da la biomedicina con las tecnologías de reproducción asistida. Como señala Silvia Tubert (1991), al medicalizar la demanda de hijo/a se simplifica la cuestión, se pasa del orden simbólico -la demanda- a otro orden fenoménico real -la intervención-. La unión de las dos metáforas - cuerpo/fragmentación, mujer/madre- hace que en las intervenciones biomédicas el cuerpo de cada mujer se vaya reduciendo a vientre, útero, óvulos. Este proceso de objetivación hace que ellas desaparezcan en tanto que sujetas.

Pero este orden socio-simbólico patriarcal-androcéntrico no sólo permea y alimenta al discurso y las prácticas biomédicas relativas a las tecnologías de reproducción asistida, sino que también permea otros dos discursos como son el mediático y el jurídico; discursos que se entrealimentan con el biomédico y que, precisamente porque comparten las mismas claves socio-simbólicas patriarcales-androcéntricas, no entran en contradicción, ni critican las prácticas biomédicas relativas a las tecnologías de reproducción asistida.

En efecto, los distintos medios de comunicación informan de los adelantos y realizaciones de estas técnicas casi sistemáticamente de forma acrítica. Lo muestran como grandes hallazgos, milagros tecnológicos que logran un fin deseado e incuestionable: la maternidad. Cabe suponer que con ello están haciendo difusión de estos tratamientos y de la idoneidad de su aplicación, pero no informan de fracasos y riesgos, ni de las consecuencias físicas, económicas, emocionales y personales de los embarazos no logrados en varios intentos o en el otro extremo, de los embarazos múltiples.

Además, es necesario considerar el desarrollo y alcance que las técnicas de reproducción humana asistida (ampliamente divulgadas) han dado lugar, así como a las diversas interpretaciones doctrinales que surgen de ellas, a tenor de las diferentes premisas de que se parte y de los múltiples problemas que su aplicación plantea: de naturaleza ética, bioética, jurídica, social y política. En torno a la reproducción asistida se han tejido variados discursos de alcance normativo y con objetivos diversos, pero sin concretar aspectos relacionados con los derechos (sexuales y reproductivos) de las mujeres, desde la equidad.

Se podría pensar que en alguno de ellos prevalece el interés de y por las mujeres en tanto sujetas de derecho, racional y libre; incluso cabría pensar la posibilidad de que se haya formulado algún otro sobre la maternidad, capaz de resquebrajar el orden patriarcal-androcéntrico y cuestionar los valores imperantes sobre las mujeres y sobre la maternidad. Sin embargo, la tendencia general es la contraria.

Los diferentes discursos éticos, médicos y jurídicos elaborados con “autoridad” en torno a la reproducción asistida, ignoran a las mujeres como sujetas autónomas y “sus voces sólo son articuladas a través de otros sujetos”. En consecuencia sus intereses y sus voces no aparecen en la consideración y elaboración de estándares, que se siguen elaborando acordes con los tópicos sexistas incrustados en el modelo cognitivo y en las normas sociales androcéntricas desde las que se interpreta el rol de la maternidad.

## **Intencionalidad del estudio**

*¿Está en la medicina la solución al fracaso de la maternidad?  
¿Qué pasaría si no hubiera presión cultural hacia la maternidad?  
Seguramente habría menos médicos especialistas en reproducción asistida  
y menos mujeres atormentadas porque no pudieron lograr un embarazo.  
Mariana Winocur*

A la luz de lo que ha sido planteado, indudablemente abordar desde la perspectiva de género lo que significa la reproducción asistida, representa un campo de estudio muy complejo, en donde conviven reacciones emocionales, y éstas se entrecruzan con preocupaciones y críticas racionales. A lo anterior se suman las fuertemente arraigadas actitudes sociales (estereotipos de maternidad), visiones divergentes sobre el rol de las mujeres, así como la percepción positiva o negativa de la medicalización de ciertos procesos naturales. Por otra parte, entran en juego las consideraciones éticas y bioéticas que se derivan de los procedimientos biomédico-tecnológicos que se han desarrollado para dar respuesta a la infertilidad desde el saber-poder médico. Por ello, se trata de un terreno con diferentes aristas de difícil abordaje que no permite una mirada única y simple, de todo o nada.

En virtud de ello, en este trabajo de investigación pretendemos rastrear el conjunto de significados/significantes subyacentes en el imaginario colectivo, a través de la construcción socio-simbólica de la maternidad, de mujeres con diagnóstico clínico de infertilidad y que se han sometido a procedimientos de fertilización asistida, como resultado de su necesidad por lograr tener un/a hijo/a propio/a. De allí que la intencionalidad de la investigación fue: *Develar la socio-simbología sobre el ser mujer/madre – mujer/infértil que determina a las mujeres a someterse a procedimientos de fertilización asistida como una praxis para satisfacer la “necesidad” de tener un/a hijo/a propio/a.*

### ***Pertinencia del abordaje de la situación en estudio***

*La infertilidad está directamente ligada a la salud de la mujer, por lo tanto un enfoque legítimo desde la salud pública, debiera formar parte de una aproximación integral a la salud sexual y reproductiva de las personas.*  
*Florencia Luna*

Desde el punto de vista de los derechos sexuales y reproductivos, la temática que abordamos se inscribe como uno de los debates prioritarios de la agenda nacional e internacional, sobre la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres, ya que sin lugar a dudas guarda relación con las condiciones de salud en las que se realiza una actividad reproductiva como son los tratamientos para la infertilidad.

En este sentido, el concepto de derechos reproductivos y sexuales constituye un aporte del discurso feminista que permitió la articulación entre el discurso de la igualdad de derechos y las categorías del discurso médico. Uno de los avances del discurso feminista fue distinguir entre sexualidad y reproducción; ambas categorías proceden del discurso médico, pero la situación que se ha dado a lo largo de la historia, ha sido considerar a las mujeres ligadas a la reproducción biológica sin ningún tipo de derechos. Para este discurso hegemónico, la sexualidad no importa, la función única y principal de las mujeres es tener hijos/as para la familia, la comunidad y la patria, como un bien social. Este ha sido siempre el significado de la categoría Maternidad en el discurso patriarcal-androcéntrico, que ha estado bien arraigado en el discurso médico (Nobrega y Camacaro, 2014).

En contraposición a este discurso hegemónico tradicional, la Salud Sexual y Reproductiva desde el discurso feminista, tiene un enfoque basado en la comprensión de la importancia de la sexualidad en la salud y la vida, considerando su interdependencia con la reproducción, pero entendiendo que se trata de procesos distintos. Es un planteamiento integrador que haciendo énfasis en la

información, educación y servicios integrales, permite fomentar en las mujeres, el desarrollo de autonomía y el empoderamiento, a través de la toma de decisiones libres e informadas respecto al ejercicio sexual y la procreación.

Al respecto, cabe destacar que en nuestro país, existe un instrumento normativo desde el año 2003 (y reformada en el año 2013), el cual fue diseñado con el propósito de garantizar los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela. Nos referimos a la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, la cual contempla normas, pautas y procedimientos de salud reproductiva para mujeres y hombres, y desarrolla disposiciones para la atención en esta área.

Pero, si bien es cierto que dicha norma (2013) constituye un importante avance en materia de salud sexual y reproductiva, y que dentro de los derechos sexuales y reproductivos establece “... el derecho a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de tipo integral...” (p.32), lo cierto es que al realizar una revisión exhaustiva de la Norma, la misma no contempla de manera específica y detallada ningún mecanismo de regulación/atención en lo que se refiere a procedimientos de fertilización asistida; queda tan sólo establecido como un derecho sexual y reproductivo, sin que aparezca en ningunos de sus objetivos específicos, y en consecuencia, sin que se derive de la misma el desarrollo de un marco regulatorio para los procedimientos de Fertilización Asistida en Venezuela. Acerca de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) prácticamente ni se habla en la Norma, salvo algunos pequeños esbozos a los que se hace mención en relación con la atención en salud sexual y planificación familiar, pero sin concretar la forma de hacerlos operativos.

El contenido de esta norma se encuentra orientado más bien hacia la atención de los principales problemas sociales y de salud pública en salud sexual y reproductiva, entre los cuales se destacan: el embarazo en adolescentes, embarazos indeseados y baja cobertura de planificación familiar, las altas tasas de mortalidad materna e infantil por causas prevenibles, la alta incidencia de cáncer cérvico-uterino y de mama, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, así como la violencia doméstica y sexual. Es notoria la no inclusión de temas relacionados con la reproducción asistida, lo cual avala investigaciones que disertan al respecto.

Por otra parte, es de relevancia considerar que otro instrumento legal venezolano dirigido a la protección de la mujer, es la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). Dicha ley, es el único instrumento legal de nuestro país que desarrolla aspectos relacionados con la violencia de género. En la misma se encuentra tipificada como una forma de violencia de género, la violencia simbólica, definida como: "... mensajes, valores, íconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad" (p. 25).

Autoras como Ascención Cambrón, han señalado que los tratamientos de fertilización asistida pueden ser considerados una forma de violencia simbólica. Esta autora ha indicado que

...el hecho de que una mujer acceda a las tecnologías de reproducción asistida, está mediado por un tipo de violencia, la *violencia simbólica*, que envuelve en nuestra cultura todo lo relativo a la "maternidad". De todos es conocido... que la carga de violencia simbólica que acompaña al discurso sobre la *maternidad biológica* en la cultura occidental tradicional, se ve reforzado en la actualidad cuando la baja tasa de crecimiento de la población constituye una preocupación social. En estas circunstancias se puede afirmar que la mujer que se somete a las técnicas de reproducción asistida se encuentra en una situación de "libertad relativa" porque las presiones sociales y psicológicas que la mueven a la búsqueda del hijo/a son constantes y variadas. (2001: 22-23).

De allí la importancia de incorporar esta discusión en el debate público, a fin de poder visibilizar que cuando una mujer se somete a tratamientos de fertilización asistida, lo hace muchas veces en detrimento de su calidad de vida y como una impronta de lo socio-simbólico construido en relación a la maternidad y la infertilidad. Al respecto, es necesario considerar que la violencia de género es un fenómeno complejo que supone la articulación de toda una serie de violencias, que irían desde una violencia simbólica que construye los cuerpos culturalmente tensionándolos, hasta esa violencia física que amenaza a las mujeres por el mismo hecho de serlo. Para el tema que hemos venido planteando, esto no deja de ser la excepción, puesto que desde la construcción en el plano simbólico de lo que representa la maternidad, las mujeres que acceden a TRHA para lograr ser madres, pasan sin lugar a dudas por una forma de violencia simbólica, siendo convertido el cuerpo femenino en lugar de opresión por el sistema patriarcal-androcéntrico anclado en la ciencia médica.

En este sentido señala Pierre Bourdieu que

(...) toda violencia de género es violencia simbólica en tanto implica relaciones de poder desiguales histórica y culturalmente establecidas entre hombres y mujeres. Tienen su origen en pautas culturales, prácticas, estereotipos y representaciones que construyen los cuerpos de una manera determinada, inscribiendo en ellos unas significaciones culturales y sociales; es decir, "una construcción del cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y división sexuales. (2000:22).

Lo anteriormente planteado apunta a que, a pesar de los esfuerzos realizados por diversos grupos a fin de lograr avances en materia de protección a las mujeres a través de distintas normas, leyes y convenios, hasta la fecha no ha sido desarrollado un marco regulatorio relacionado con la Reproducción Asistida en nuestro país. Los tratamientos de reproducción asistida que se realizan en Venezuela, no cuentan con un marco jurídico que los regule y su práctica se rige bajo los preceptos éticos de

cada profesional de la salud. Son muchas las repercusiones jurídicas que se derivan de este tipo de tratamientos, pero, hasta el momento, sólo se han realizado algunas interpretaciones legales producto de Sentencias en el Tribunal Supremo de Justicia ante casos particulares que se han presentado en el país, a propósito de la aplicación de estas técnicas reproductivas. De allí la importancia de llevar a cabo este tipo de estudios, que permitan dar aportes a los entes jurídicos y gubernamentales para que en nuestro país se abra el debate en relación con este tema, en el cual indudablemente es fundamental la participación de las mujeres, a fin de que sea posible el desarrollo de un marco regulatorio en relación con los procedimientos de fertilización asistida con perspectiva de género (Nobrega y Camacaro, 2014).

Es importante tener en cuenta que, aun cuando este tema, no se encuentra debidamente regulado en Venezuela a pesar de que ya es una práctica frecuente en numerosas clínicas y centros privados especializados en fertilidad de nuestro país, diversos países han decidido regular dichas prácticas con la finalidad de evitar abusos en este campo en virtud de la rápida difusión que han tenido las técnicas de reproducción asistida en los últimos años.

Vidal Martínez (2019) nos refiere al respecto que algunos países europeos que ya han legislado en esta materia, son Alemania, Austria, España, Francia, Países Nórdicos, Reino Unido, Italia, Grecia, Bélgica, Portugal y Suiza; también Australia posee una Ley sobre fertilización humana asistida. Fuera de Europa países como Estados Unidos, Canadá, Sudáfrica, países asiáticos y de oriente medio, así como también algunos otros países europeos (Rusia y Países Bajos) sólo tienen directrices, proyectos de ley o simplemente algunas disposiciones al respecto dentro del Código Civil u otros instrumentos legales. En Latinoamérica, países como Brasil, Panamá, Chile, y México practican ampliamente las TRHA, pero resulta escaso en muchos

casos el desarrollo de la correspondiente regulación jurídica, advirtiendo además que las desigualdades existentes en muchos pueblos de América Latina podrían aumentar y generar abusos si no se encara adecuadamente la regulación de las TRHA, la investigación biomédica y en general los cambios sociales y económicos derivados del desarrollo tecnológico.

Ahora bien, al analizar y reflexionar sobre los esfuerzos realizados en estos países, lo que sí resulta evidente es, que no existe una misma orientación en lo que se refiere a las opciones de política legislativa y de salud pública, ni un mismo panorama ético, y son distintas las razones que han condicionado los contenidos de las regulaciones jurídicas de cada país en materia de reproducción humana asistida.

Un antecedente relativamente reciente y cercano a nuestro contexto, que vale la pena destacar en esta materia, es que en América Latina solamente Argentina y Uruguay cuentan con una normatividad específica en la materia; ambas leyes se sancionaron en 2013. En Argentina, se encuentra en vigencia desde el 05 de Junio de 2013 la primera Ley de Acceso Integral a las Técnicas de Reproducción Asistida así como su reglamento, la cual además se complementa con las modificaciones realizadas al Código Civil de este país en el año 2015, siendo así el primer país en América Latina en dar pasos hacia la regulación, legislación y aplicación de políticas de salud pública en esta materia. Este país contempla dentro del Programa Médico Obligatorio del sistema de salud del territorio nacional argentino, todo lo que se refiere al acceso a los tratamientos de reproducción asistida a toda persona mayor de edad (sin poner límite de edad) y que el sistema de salud público deberá proveer 4 tratamientos de baja complejidad y 3 tratamientos de alta complejidad anuales (incluida la criopreservación de embriones, pero sin aclarar formas de descarte o uso de los embriones “sobrantes”). Así mismo, en Uruguay se publicó en el mismo año (Ley N° 19.167 de fecha 29/11/2013) la Ley de Regulación de las Técnicas de

Reproducción Humana Asistida, cuyo propósito es regular el uso de estas técnicas acreditadas científicamente así como especificar los requisitos que deben cumplir las instituciones tanto públicas como privadas que las realicen, por tanto, también contempla cobertura de tratamientos de fertilidad en el ámbito público.

No obstante, más allá que pueda pensarse en ello como un avance, valdría la pena escudriñar un poco al respecto. Florencia Luna profundiza en los alcances de la implementación de Ley en Argentina, y deja al descubierto una serie de cuestiones que vale la pena analizar,

Primero, al no poner límite de edad y abarcar a toda persona mayor permite nuevamente la formación de familias no tradicionales (mujeres solas o parejas homosexuales). Lo cual nuevamente habla de políticas abiertas hacia todos y no discriminatorias. Segundo, que se regula la provisión de estos tratamientos pero se evita tratar el estatus de los embriones así como posibles usos para implementar estas técnicas (esto es, si se pueden descartar, utilizar para investigación, etc.). Lo cual ante tanto progresismo, resulta, al menos, llamativo. Y tercero, que aquellas a las que esta ley atiende son, básicamente, las mujeres de clase media. Y esto no es porque no exista la infertilidad en mujeres de escasos recursos, sino que porque para ellas la estrategia debería ser diferente. Se debe considerar, por ejemplo, la infertilidad secundaria a infecciones por enfermedades de transmisión sexual (ETS) o por abortos inseguros e ilegales que son aquellos padecimientos que afectan a las mujeres sin recursos... aquellas que no acceden al tratamiento de su salud sexual y reproductiva. (2016: 13).

A propósito de esto consideramos, que si bien es cierto que desde nuestra percepción, el uso y abuso de este tipo de procedimientos deben ser abordados y analizados con perspectiva de género, para lo cual nos apoyamos en el discurso feminista desde el cual se han hecho diversas críticas, aclaramos que, aquellos países que abran este debate y generen un marco regulatorio y políticas de salud al respecto, o aquellos que ya tengan algunos avances y estén en vías de legalizar en esta materia, deben tener en cuenta que todo lo que se desarrolle al respecto debe ser inclusivo, y sin sesgos de ninguna especie, y sobre todo, es necesario incorporar a las mujeres a este debate, que su voz sea escuchada, pues de nada sirve legalizar y

diseñar políticas públicas si esto se hace desde la mirada masculina del poder, en menoscabo de los verdaderos derechos de salud sexual y reproductiva a los cuales hemos venido aludiendo.

Ahora bien, una vez que hemos analizado y reflexionado todo lo que hasta ahora hemos venido planteando, lo que consideramos se convierte en una de las tareas prioritarias en materia de derechos sexuales y reproductivos dirigidos hacia la fertilidad, y con la cual estamos en deuda, consistiría en el desarrollo de políticas de salud pública dirigidas a la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres desde la infancia y en todas las etapas de su vida, a fin de evitar que se produzcan situaciones que traigan como consecuencia que se presenten casos de infertilidad que pueden ser prevenibles. En este sentido, y de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) se estima que el 38% de las mujeres infértiles, lo son a consecuencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) inadecuadamente tratadas e infecciones como el HIV y sepsis materna y que 24 millones de mujeres en todo el mundo han llegado a ser infértiles como consecuencia de lesiones por abortos inseguros e ilegales. Los países con leyes más restrictivas sobre el aborto, es donde se registra un mayor número de abortos inseguros (se estima que en América Latina el 95% de los abortos son inseguros) lo cual apunta a una increíble desigualdad entre países desarrollados y países en vías de desarrollo, siendo así las causas de infertilidad por abortos inseguros de 0,8% en el grupo de los países industrializados en contraste con el 32,5% en los otros países. (Florencia Luna, 2013 y 2016).

Es por ello que la infertilidad debería tomarse entonces como un problema de salud pública, desde una visión en la cual las políticas de salud pública estén dirigidas a hacer un correcto control y seguimiento de todas las etapas del desarrollo sexual y reproductivo de las mujeres. En este sentido nos señala Florencia Luna que existe la

(...) necesidad de repensar el modelo de implementación de las técnicas de asistencia en la reproducción con una mirada diferente, que debería

ser amplia e inclusiva, ya que la infertilidad está directamente ligada a la salud de la mujer, por lo tanto un enfoque legítimo desde la salud pública... debiera formar parte de una aproximación integral a la salud sexual y reproductiva de las personas. (2013: 34).

Por lo tanto, la estrategia política debe orientarse a que los médicos o médicas que hacen reproducción asistida no sólo hagan énfasis en la prevalencia de la infertilidad (ya sea primaria o secundaria) o en la relevancia de que las mujeres tengan acceso a estos procedimientos; sino que deben plantearse la seriedad del problema y la necesidad de trabajar en una buena salud sexual y reproductiva, ya que un porcentaje importante de la infertilidad que se presenta en mujeres, podría evitarse si se planteara como política de salud pública. La formulación de políticas de salud en este campo sin lugar a dudas implicaría una manera bastante más lógica, ética y equitativa de abordar “el problema”.

Finalmente, y tomando en consideración que en nuestro país, no se han desarrollado investigaciones con perspectiva de género en relación con los procedimientos de fertilización asistida, la investigación que desarrollamos es pionera en Venezuela e indudablemente genera aportes desde las voces de las propias mujeres que han vivido la experiencia de someterse a este tipo de procedimientos, lo cual puede contribuir a abrir el debate público en esta materia a fin de generar el desarrollo de un marco regulatorio para los procedimientos de fertilización asistida y para adecuar y reformular las políticas de salud pública que existen para la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres venezolanas.

## APROXIMACIONES TEORICAS

### ***Teoría feminista: una ruptura epistemológica***

*El feminismo no es sino una apelación al buen sentido de la humanidad...*  
*Mary Wollstonecraft*

El fundamento epistémico desde el cual nos detenemos a hacer la mirada de la situación en estudio, es desde la *Teoría Feminista con perspectiva de género*, la cual como señala Marbella Camacaro,

(...) se constituye en una epistemología que hace suya la contestación crítica y cuestionadora a las estructuras del poder patriarcal, porque despiertan la conciencia de que las mujeres somos un colectivo humano, discriminado, subordinado, oprimido por la otra mitad de ese colectivo: los hombres. Dicha opresión ha sido una herencia histórica, no biológica, ni divina. La cultura patriarcal ha definido a la mujer, como lo que no debe ser el hombre, y viceversa, es decir, que masculinidad y feminidad, son construcciones opuestas y excluyentes. Y como quien define: el hombre, lo hace desde un lugar de poder, *ese otro* definido: la mujer, a quien se le niega el poder para definirse, pasa a ser lo desigual, lo opuesto, el otro. (2010:46).

La Epistemología Feminista, se aplica a un heterogéneo conjunto de trabajos que abarcan una gran diversidad de posturas, tanto en lo que concierne a la epistemología como al feminismo. En este sentido, Alda Facio entiende por “movimiento Feminista” el conjunto de movimientos y grupos sociales que desde distintas corrientes del feminismo, luchan por el fin del patriarcado-androcentrismo. Además plantea que la opresión de las mujeres está en el corazón del patriarcado-androcentrismo y por esto, aunque ésta no sea la única preocupación de las personas que se consideran Feministas, todas las personas que luchan por el fin del patriarcado-androcentrismo, sean hombres o mujeres, tienen como objetivo general la eliminación de esta opresión que, por cierto, conlleva la eliminación de otras formas de discriminación y opresión. Al respecto esta autora señala lo siguiente:

Hoy estoy convencida que el Feminismo no tiene por qué asimilarse a planteamientos de la izquierda o del liberalismo para validarse como movimiento o como teoría autónoma. Aunque algunos feminismos son planteamientos que especifican para las mujeres las posturas liberales o izquierdistas, el Feminismo es una teoría y una práctica autónoma que desarrolla y critica las ideas que lo preceden como lo hacen todas las teorías, doctrinas o corrientes de pensamiento. El conjunto de feminismos que yo llamo Feminismo con “F” mayúscula, toma ideas y posturas del liberalismo, de la izquierda, de los movimientos anti-esclavistas, de derechos humanos, anticolonialistas, ecologistas, etc. para llevarlas a planteamientos más objetivos y más abarcadores de la realidad humana ya que incluyen a la otra mitad del género humano. Esta es la razón por la cual considero que estos últimos no pueden ser considerados más amplios que el Feminismo. Al contrario, como la mayoría de estas teorías excluyen la realidad de las mujeres, pueden clasificarse como planteamientos y aspiraciones menos desarrollados que el Feminismo. Es más, muchas ideas del liberalismo, del marxismo, del ecologismo, fueron planteadas primero por mujeres que luego fueron silenciadas por el patriarcado. (1999:113-114).

Así, apoyándonos en esta autora, quien denomina “Feminismo con “F” mayúscula” al conjunto de Feminismos, en este trabajo se utilizará el término Feminismo, como movimiento feminista y como teoría social, en ese mismo sentido, puesto que lo que todos ellos tienen en común, radica en la puesta en tela de juicio de ciertas presuposiciones básicas de la epistemología tradicional, las cuales se podrían resumir en la defensa de que no es posible una teoría general del conocimiento que ignore el contexto social del/la sujeto/a cognoscente. Así, frente a la epistemología tradicional donde el/la sujeto/a es una abstracción con facultades universales e incontaminadas de razonamiento y sensación, desde el Feminismo se defiende que el/la sujeto/a del conocimiento es un/a individuo/a histórico/a particular cuyo cuerpo, intereses, emociones y razón, están constituidos por su contexto histórico concreto y son especialmente relevantes para la epistemología, y que a diferencia de otras teorías sociales, se concentra particularmente en defender a las Mujeres como sujetas de derecho cognoscente.

En este sentido, tal y como lo plantea Fernando García, el enfoque feminista

(...) asume el condicionamiento social de todo conocimiento, y recalca la diferente posición social de la mujer (sojuzgada, extraña, perdedora, ascendente, cotidiana, etc.). En consecuencia, desecha el normativismo positivista y defiende que **la ciencia ha de articularse a partir de la experiencia de las mujeres\***, pues es una experiencia que, por hallarse sojuzgada, ocupar el lugar «del otro» dentro del orden social, y habitar un lugar mediacional en dualismos como el de naturaleza-cultura, necesita combatir la ignorancia, maximizar la objetividad y minimizar las distorciones y parcialidades de las ciencias dominantes. (2001: 262-263).

\*Las negrillas son nuestras

De allí que el estudio de problemas sociales que afectan especialmente a las mujeres precisamente por su condición de pertenecer al género femenino, no puede ser hecho desde la ciencia tradicional, ni apoyándose en las epistemologías tradicionales, pues sería imposible abordar la situación desde otra mirada que no sea la de las mujeres. Al respecto señala Gloria Comesaña que

La Teoría Feminista, que está en la base de los Estudios de la Mujer, constituye un intento bastante logrado de **ruptura epistemológica\***, que, en la medida en que sea profundizada, llevará al saber en general a renovarse y a adoptar una postura más auténtica y respetuosa. (2008: 39).

\*Las negrillas son nuestras

El Feminismo argumenta que las epistemologías tradicionales excluyen sistemáticamente, con o sin intención, la posibilidad de que las mujeres sean sujetas del conocimiento, ya que la voz de la ciencia es masculina y la historia se ha escrito desde el punto de vista de los hombres (de los que pertenecen a la clase o raza dominante). Es por esto que se han propuesto teorías epistemológicas alternativas que legitiman a las mujeres como sujetas de conocimiento, que rompan con estas epistemologías tradicionales, puesto que las mujeres experimentan muchos fenómenos que desde su perspectiva requieren sin duda de explicación, pero que de hacerse desde la perspectiva de los hombres burgueses y blancos (ciencia dominante) conduce a visiones parciales y hasta perversas de su vida social.

Parafraseando a Gloria Comesaña (2008), un rasgo distintivo de la investigación Feminista, es que define su problemática desde la perspectiva de las experiencias femeninas empleando estas experiencias como un indicador significativo de la “realidad” contra la cual se deben contrastar las “hipótesis”, con lo que al reconocer la importancia de las experiencias femeninas como recurso para el análisis social, repercutirá en la estructuración de su vida social en su totalidad.

Así, la Teoría Feminista se convierte en una postura político-ideológica que manifiesta la constante de descubrir la relevancia de las sujetas cognoscentes en la generación de conocimiento, reconociendo la posición marginal desde la que las mujeres participan en el mundo y en particular en la producción científica, así como la primacía y urgencia de multiplicar las miradas femeninas y Feministas para observar la realidad, lo cual favorecerá una comprensión del mundo más cercana a su verdad. De allí que es fundamental para nuestro estudio, detenernos a hacer la mirada desde esta Teoría, y especialmente desde el Género como categoría Teórico- Metodológica, imprescindible para el abordaje epistémico de la investigación que llevamos a cabo.

En este sentido y tomando lo que señala la autora Lola Luna (2007), el Género es una categoría que conceptualiza un hecho social que tiene relación con la diferencia sexual y que además le otorga significados. Esta autora señala que el Género es un concepto que viene de la antropología, el cual fue utilizado por primera vez por Kate Millet (citada en Luna, 2007) en 1970 en el discurso Feminista, y que permitió clarificar la distinción entre lo biológico y lo cultural, en lo referente a las diferencias y la desigualdad entre los hombres y las mujeres, mostrando que las diferencias biológicas se habían convertido en desigualdades sociales.

Al respecto, y para reforzar esta idea, Alda Facio define Género de la siguiente manera

(...) el género en el sentido de "gender" o género sexual, hace referencia a la dicotomía sexual que es impuesta socialmente a través de roles y estereotipos, que hacen aparecer a los sexos como diametralmente opuestos. Es así que a partir de una exagerada importancia que se da a las diferencias biológicas reales, se construyen roles para cada sexo. Peor aún, las características con que se define a uno y otro sexo gozan de distinto valor y legitiman la subordinación del sexo femenino, subordinación que no es dada por la naturaleza. Es decir, mientras que el concepto de "sexo" podría afirmarse que es fisiológico, el de género es una construcción social. Esta distinción es muy importante ya que nos permite entender que no hay nada de natural en los roles y características sexuales y que por lo tanto pueden ser transformados. (1992:39).

Así, con la conciencia de que el Género es una categoría socialmente relevante hablamos de que hacer un análisis con *perspectiva de género*, es hacer un análisis que toma la variable sexo como central, explicitando en todo momento desde cuál sexo se hace dicho análisis y cuáles son los efectos o circunstancias en uno y otro y las relaciones entre ellos.

En este sentido, señala Marcela Lagarde que

La perspectiva de género es una de las concreciones de la cultura feminista, y como tal, incluye el conjunto de acciones prácticas que se realizan en todo el mundo para enfrentar la opresión de género. De igual manera contiene el conjunto de alternativas construidas para lograr un orden igualitario, equitativo y justo de géneros que posibilite, de manera simultánea y concordante, el desarrollo personal y colectivo: de cada persona y de cada comunidad, pueblo, nación, y desde luego, de cada género. La perspectiva de género exige de esta forma una voluntad alternativa y la metodología para construirla a través de acciones concretas. (1996: 38).

En el caso que nos ocupa, nos interesa hacer un análisis de género desde la experiencia de las mujeres. Esto significa hacer un análisis desde la perspectiva de un ser subordinado, o sea, desde la perspectiva de un ser que ocupa un lugar de menor poder y de menor privilegio.

En este sentido, citaremos a Marbella Camacaro, quien nos hace un planteamiento de la perspectiva de género y su relación con el tema que abordamos:

En referencia a la categoría género, el sexo es tomado en cuenta, más no es su sinónimo; así mismo, no estamos refiriéndonos solo a las mujeres, sino también a los hombres. Deseamos entre otras cosas, hacer visible que las relaciones de poder entre los sexos, la división sexual del trabajo, la que da cuenta a su vez de las diferencias de poder entre mujeres y hombres, no son hechos naturales, sino hechos contruidos a través de la cultura, la cual responde a un tipo de organización social. La construcción de género está tan arraigada en la conciencia colectiva que es muy difícil discernir su impronta histórica (...) **esa realidad de la “naturalización” es la que ha favorecido la estructuración del género sobre todo en el caso de las mujeres y la maternidad\***. (2010: 72-73).

\*Las negrillas son nuestras

Ahora bien, es importante considerar al respecto, que esta categoría ha sido objeto de un amplio debate en el ámbito internacional y nacional, y que ha habido distintas posturas de esta categoría en el discurso Feminista. Desde el Feminismo se ha dado un gran debate sobre el dilema que plantea la contradicción discursiva en relación con el reclamo de los derechos desde la igualdad o desde la diferencia. Sin embargo, para efectos de la investigación que proponemos, nos interesa resaltar la postura de la “igualdad en la diferencia”, en la cual se plantea una verdadera y plena concienciación de la ciudadanía, que favorezca que tanto mujeres como hombres comprendan y defiendan que la sociedad será más justa e infinitamente mejor, si todos y cada uno de los seres humanos pueden gozar de la misma autonomía y libertad para realizar sus planes de vida, y eso pasa por respetar los derechos de cada uno/a tomando en cuenta sus diferencias/opciones sexuales, de manera que la infraestructura social sufra las transformaciones necesarias para que podamos ser “iguales en la diferencia”.

### ***Ideología y Estado patriarcal en la construcción socio-simbólica de la maternidad.***

*La estructura patriarcal se sustenta sobre las dicotomías de un pensamiento binario que establece diferencias esenciales entre hombres y mujeres y cimienta la división sexuada y la subordinación de las mujeres.  
Mercedes de Grado*

Una ideología es un sistema coherente de creencias que orientan a las personas hacia una manera concreta de entender y valorar el mundo, proporcionando una base para la evaluación de conductas y otros fenómenos sociales, que sugiere respuestas de comportamiento adecuadas. Por analogía, una ideología “sexual” sería, entonces, un sistema de creencias que además de explicar las relaciones y diferencias entre hombres y mujeres (basado en sus diferencias sexuales), toma a uno de los sexos como parámetro de lo humano y así se instaura en la cultura (basado en las diferencias de género). (Alda Facio, 1999b citado en Nobrega, 2015).

Así, la *ideología patriarcal-androcéntrica*, se trata de la manifestación y la institucionalización del dominio masculino, sobre las mujeres y la sociedad en general. Se caracteriza por la autoridad, impuesta desde las instituciones, de los hombres sobre las mujeres y sus hijos/as en la unidad familiar. En las sociedades patriarcales-androcéntricas existe una desvalorización de las mujeres, que son relegadas a un segundo plano. El patriarcado-androcentrismo es una institución que se ha ido adaptando a las diferentes etapas por las que ha pasado la humanidad, es decir, a lo largo de la historia ha estado vigente en su fondo, pero su forma va cambiando y se va adaptando al contexto histórico, de lo contrario sería imposible que hubiera resistido a lo largo de un periodo tan largo de la historia. (Marcela Lagarde, 1996).

En este sentido, y a propósito del tema que nos ocupa, señala Silvia Tubert que

El patriarcado no designa solo una forma de familia fundada en el parentesco masculino y el poder paterno, sino también toda estructura social basada en el poder del padre (...) El sistema patriarcal elemental se define por el hecho de que los padres intercambian a sus hijas por

nueras, o los hermanos intercambian a sus hermanas por esposas (...) con o sin el consentimiento de aquéllas. De este modo, las mujeres se convierten poco a poco en bienes que pueden ser comprados o vendidos (...) **lo propio de la sociedad patriarcal reside en el estricto control de la sexualidad de las mujeres\***. (1991: 192-193).

\*Las negrillas son nuestras

Para reforzar lo anterior y en concordancia con esta autora, Marcela Lagarde define Patriarcado como:

Un orden social genérico de poder, basado en un modelo de dominación cuyo paradigma es el hombre. Ese orden asegura la supremacía de los hombres y de lo masculino a partir de la inferiorización previa de las mujeres y de lo femenino. Es, a la vez, un orden de dominio de unos hombres sobre otros y de enajenación entre las mujeres. El patriarcado, por tanto, es el sistema socio-cultural que perpetúa las desigualdades en perjuicio de las mujeres y de determinados hombres que no responden a sus designios. (1996: 52).

Basándose en este parámetro, el sistema especifica derechos y responsabilidades, así como restricciones y recompensas, diferentes e inevitablemente desiguales en perjuicio del sexo que es entendido como diferente “al modelo”. Además, el sistema justifica las reacciones negativas ante quienes no se conforman, asegurándose así el mantenimiento del *estatus quo*. Es éste el caso de las ideologías patriarcales-androcéntricas que no sólo construyen las diferencias entre hombres y mujeres, sino que las construyen de manera que la inferioridad de éstas es entendida como biológicamente inherente o natural. Aunque las diversas ideologías patriarcales-androcéntricas construyen las diferencias entre los sexos de manera distinta, en realidad este tipo de ideologías sólo varían en el grado en que legitiman la desventaja femenina y en el número de personas que comparten un consenso sobre ellas (Nobrega, 2015).

La universalidad de la subordinación femenina, el hecho de que exista y que involucre los ámbitos de la sexualidad, la afectividad, la economía y la política en todas las sociedades, independientemente de sus grados de complejidad, da cuenta

de que estamos ante algo muy profundo, e históricamente muy enraizado, algo que no podremos erradicar con un simple reacomodo de algunos roles en lo sexual o social, ni siquiera con reorganizar por completo las estructuras económicas y políticas. Instituciones como la familia, el Estado, la educación, las religiones, las ciencias (entre ellas las ciencias médicas) y el derecho, han servido para mantener y reproducir el estatus inferior de las mujeres (Nobrega, 2015).

Ahora bien, el *Estado patriarcal-androcéntrico*, es una construcción socio-histórica y cultural pensada desde la masculinidad en el marco de las relaciones de poder y dominación, donde la ideología, ha sido el hilo conductor para la construcción de un sistema de códigos culturales basados en la dominación desde la masculinidad, que se reproducen en la familia como el resultado de un modo de organización social que se sustenta en el Estado y se extiende a todas las estructuras que lo componen, convirtiéndose en dispositivos nada fáciles de desregular. De allí, que los aparatos ideológicos de Estado, tengan transversalizados estos códigos, lo que perpetúa la institucionalización de este Patriarcado-Androcentrismo. (Daisy Meza, 2013 citada en Nobrega, 2015).

Así, de ser el patriarcado-androcentrismo una forma de organización social que se inicia con la familia, se institucionaliza y toma forma de Estado, masculinizando todos los componentes que lo conforman, deviene que todo lo que se construye, como la ciencia, la educación, los programas educativos, la salud, las profesiones, las religiones, la cultura, la arquitectura, el arte, la política, la semántica, la lingüística, los roles, las formas de organización de la familia, los valores, creencias y costumbres, la estética y la feminidad y todas las estructuras de la sociedad en general, sean pensadas desde la masculinidad, pues los varones se apropian del concepto de institucionalidad y Estado (Nobrega, 2015).

Con todo esto que hemos expuesto, debemos destacar en relación con el tema que estamos abordando, que el patriarcado-androcentrismo se ha apropiado de la maternidad, ya que ha sido una de las categorías sociales con las que ha tenido más éxito en la interpretación y reproducción de los parámetros de identidad femenina, tal como ya hemos comentado en partes anteriores.

El patriarcado-androcentrismo conforma el discurso dominante que se arroga el sentido de la maternidad y despliega múltiples mecanismos de convencimiento y refuerzo para que los hechos sociales, políticos, económicos, culturales y biológicos queden a disposición de sus definiciones en torno a la maternidad. Pero no solamente esto, sino también para asegurarse la reproducción de sus significados adaptándose a las coyunturas históricas e idiosincrasias de cada sociedad. Así, se han desarrollado una serie de estrategias simbólicas que han conseguido situar a la maternidad bajo los intereses de esta estructura de dominación.

Es necesario en este punto, y entendiendo que se trata de una ideología patriarcal-androcéntrica que impacta en el Estado y en sus instituciones, que tengamos en consideración los aspectos que actúan en la sociedad de forma interactiva y complementaria, relativas a la *construcción social-simbólica*, de los cuerpos. El primero de ellos, afecta al conjunto de hombres y mujeres que componen la sociedad y se manifiesta a través del modelo cognitivo mediante el cual somos socializados los seres humanos y que desde hace miles de años hasta el presente nos habilita para interpretarnos a nosotros/as mismos/as y a los/as otros/as bajo la forma dual que parece estar inscrita naturalmente en el orden de las cosas. Con esta lógica se tiende a identificar la sexuación natural, con el género cultural, y por ello se atribuye al sexo lo que es sólo cuestión de género. De este modo, los/as individuos/as asumen inconscientemente una sexualidad “construida” según el modelo patriarcal-androcéntrico, que describe e interpreta a los hombres como

principios activos y superiores y a las mujeres pasivas e inferiores. Ello es lo que hasta hoy, ha permitido la vigencia de la idea de que el destino “natural” de las mujeres sea la *maternidad*.

El segundo aspecto, tiene que ver con las instituciones existentes en la sociedad, como son la familia, la escuela, los medios de comunicación, la ciencia y la iglesia (Aparatos Ideológicos de Estado), instituciones que actúan persistentemente reforzando esos valores sobre el inconsciente de los seres humanos, que reproducen funcionalmente las estructuras de dominación androcéntrica, producto de un trabajo continuado e inserto desde hace miles de años en las estructuras sociales y en las estructuras cognitivas de los individuos particulares, hombres y mujeres. (Ascención Cambrón, 2001).

En instituciones, como la escuela por ejemplo, el proceso de aprendizaje escolar sigue anclado en esa visión dicotómica de los sexos, que iguala lo femenino con la maternidad y ésta relacionada con el mundo de los sentimientos, de las emociones, de la inmediatez en la acción, contribuyendo a configurar lo “maternal” en el pensamiento. Del mismo modo la iglesia ha contribuido activamente a la transmisión de los valores patriarcales-androcéntricos imponiendo una moral pro familiar enteramente dominada por la filosofía de la inferioridad de las mujeres, añadiendo además el mensaje de que la responsabilidad de la degradación moral en la sociedad es culpa del género femenino, y por esto a las mujeres nos corresponde el sufrimiento derivado de la necesidad de expiar los pecados de la humanidad.

Pero además, al mantenimiento y transmisión de esos presupuestos culturales patriarcales-androcéntricos, han contribuido también los Estados modernos y no sólo reproduciendo en su misma estructura organizativa la división arquetípica entre lo masculino y lo femenino, sino que el Estado ejerce también esa función a través

de su capacidad normativa y mediadora que, por paradójico que parezca, continúa hasta el presente.

Al respecto señala Ascensión Cambrón que

(...) esta intervención del Estado se encamina a ratificar las prescripciones del patriarcado regulando específicamente las instituciones encargadas de gestionar la existencia cotidiana de la unidad doméstica, a través del derecho de familia y el estado civil de los ciudadanos, y que es mediante esa normativización de lo cotidiano que el Estado desarrolla además una labor *mediadora* entre hombres y mujeres, “oscureciendo” con esta intervención, el ejercicio del poder masculino directo sobre las mujeres en el ámbito más privado, sosteniendo así la vigencia del orden patriarcal en los Estados modernos que han pasado a combinar el *patriarcado privado* con el *patriarcado público*. (2001: 27).

Ahora bien, cuando una mujer no puede cumplir con el orden social establecido y definido para ella, como lo es ser madre, es el mismo Estado quien desde su estructura basada en el modelo androcéntrico, ha creado desde el saber/poder médico, las posibilidades de “volver las cosas a su lugar” y es así como se desarrolla e institucionaliza todo el campo de la fertilización asistida desde la ciencia médica.

Por otra parte, y en relación con los derechos humanos, especialmente en lo que se refiere al derecho a la vida, a la integridad física, a la igualdad, a la salud, entre otros, la situación de las mujeres es parte de lo mismo que hasta ahora hemos venido desarrollando. Desde la doctrina jurídica tradicional se dice que *todos* los ciudadanos tenemos iguales derechos en general, y así lo vemos establecido en nuestro país en el artículo 21 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV); sin embargo, y ante la cuestión de género que aquí tratamos, como lo es la Reproducción Asistida, las mujeres en particular somos discriminadas.

Además, y para reforzar lo anterior, cuando analizamos otros derechos humanos fundamentales como lo son el derecho a la vida y la salud, los cuales se encuentran establecidos en la C RBV en sus artículos 43 y 83, respectivamente, las mujeres que

por presión acceden a procedimientos de fertilización asistida, carecen del amparo institucional suficiente para exigir el cumplimiento de la obligación de la autoridad respecto al derecho subjetivo a la integridad, a la vida y a la salud.

En todo ello se manifiesta, pues, que para la autoridad y para otros “poderes” fácticos el fin (la maternidad) justifica los medios, aunque estos puedan ocasionar graves riesgos para la vida e integridad de quienes optan por acceder a esos métodos para superar la infecundidad. Este proceder manifiesta una paradoja frecuente en cuestiones de género y para el caso de la reproducción asistida de manera muy particular, pues aun cuando el acceso a estas tecnologías podría considerarse un acto voluntario, esto resulta más bien contradictorio pues lo que realmente se oculta es una imposición: que las mujeres tienen la *obligación* de parir y de prolongar la especie, aún a costa de perder su salud y su vida.

El anterior análisis de la situación de las mujeres que recurren a las tecnologías de reproducción asistida ha sido planteado por Ascención Cambrón (2001) “como la paradoja que encubre el discurso jurídico-político de los derechos “iguales” cuando el ordenamiento positivo tiene que regular estas materias: sacrificar la protección de las mujeres como sujetas de derechos o negar los valores patriarcales desde los que culturalmente se asigna a las mujeres la función reproductora en el marco de la familia tradicional” (p. 23). Además de manifestar una paradoja, el discurso jurídico-político esconde la incapacidad para alcanzar una igualdad–equidad, si no es capaz de cuestionar los valores andróginos que promueve, aunque sea instrumentalmente... debate que dejamos abierto para la reflexión.

## ***Sociedad matricentrada e identidad de la mujer venezolana***

*El matricentrismo de la familia está no sólo en las expresiones explícitas de las palabras sino sobre todo, quizás, en las mismas estructuras significativas.*

*Véase, por ejemplo, el dicho frecuente:  
"madre no hay más que una; padre puede ser cualquiera".  
Alejandro Moreno*

Desde los años setenta, un grupo de investigadores/as venezolanos/as se ha dado a la tarea, de forma muy competente, de presentar una propuesta de estudio de la familia venezolana. El tema ha sido de particular interés entre los/as investigadores/as, pues casi todos/as coinciden que las familias venezolanas, especialmente en sectores populares, distan de tener la estructura que caracteriza a las familias en el resto de las sociedades occidentales. La familia "nuclear" o tradicional, conformada por la madre, padre e hijos/as, es la estructura que prevalece en buena parte de las sociedades occidentales; mientras que la familia "extendida" es una forma de organización social donde varios/as hermanos/as comparten el mismo hogar con sus hijos/as y esposas/os, así como también con los padres y madres, y dependiendo del contexto, la familia extendida puede estar conformada inclusive por varias generaciones.

Durante cierto tiempo se pensó que, la sociedad venezolana, teniendo un amplio legado occidental, estaba estructurada por la familia nuclear. Pero, gracias a la labor de varios investigadores, entre los que destacan José Luis Vethencourt (1974) y Alejandro Moreno (1995), la prominencia de la familia nuclear en la sociedad venezolana ha sido seriamente puesta en tela de juicio.

Para José Luis Vethencourt (1974) lo que prevalece en las familias venezolanas es una estructura familiar "atípica", donde la pareja como institución familiar es muy débil. El lazo entre hombres y mujeres nunca ha sido lo suficientemente fuerte como para sostener la estructura de la familia nuclear. El resultado ha sido una estructura

familiar inestable, donde luego de la procreación, la pareja se disuelve. La falta de fortaleza de la familia monogámica, propicia que el hombre transite en torno a varias mujeres (“poliginia”) y por extensión, en torno a varias familias, sin terminar de establecerse en ninguna. Así, el padre se desentiende de sus hijos/as, y la mujer asume la responsabilidad casi total en la crianza de los niños/as. El padre queda así virtualmente ausente del núcleo familiar, y la madre se convierte en el eje de la vida familiar. De esto se desprende que la familia venezolana sea “*matricentrada*”, a saber, el modelo de organización familiar donde, con la virtual ausencia del padre, la madre acapara el mundo emocional de la persona.

Moreno (1995) acepta la descripción que Vethencourt ha hecho de la familia venezolana ya que su experiencia etnográfica confirma que, efectivamente, la familia popular venezolana es “*matricentrada*”, sin embargo contradice a Vethencourt en relación con las características de “*atípica*” y en buena parte un “*fracaso*” de la familia *matricentrada*. Moreno sostiene en su lugar que la familia *matricentrada* es tan funcional como la convencional familia nuclear en el resto de las sociedades occidentales. Las madres, desde el punto de vista de Moreno, constituyen el eje de los mundos emocionales de los venezolanos/as. Por complejas razones históricas, Moreno sugiere que, siglos de tradición familiar han propiciado que la pareja como institución, nunca consiga suficiente fortaleza y estabilidad entre los venezolanos/as.

Así, el eje de la estructura familiar es, y muy seguramente, seguirá siendo la madre, pues la virtual ausencia del padre no permite que sea de otra manera. El nexo que los hombres venezolanos mantienen a lo largo de sus vidas es con sus madres. Los hombres venezolanos siempre serán hijos, mucho más que esposos o padres. Este fuerte nexo “*madre-hijo*”, propicia que los hombres venezolanos nunca se entreguen de lleno a relaciones con otras mujeres; por ello, sus relaciones

conyugales siempre son inestables. Las madres, por su parte, alimentan en los hijos esta virtual ausencia en la vida familiar, pues de ese modo lograrán que los hijos mantengan toda la vida una íntima conexión con ellas. *El mundo de los/as venezolano/as es el mundo de las madres.*

Para este autor, *las madres son la figura central de las familias venezolanas*, y no está dispuesta a renunciar a ello. En una sociedad donde, por lo demás, a las mujeres se le niegan muchos privilegios, las mujeres aspiran a compensar esta desventaja adueñándose por completo del privilegio *emocional* del venezolano/na. Para preservar su control, las madres han de reproducir las familias matricentradas: tal como sostiene Moreno, la madre alimenta en el hijo el machismo y la conducta sexual promiscua, de forma tal que reproduzca con otras mujeres la misma relación que el esposo tuvo con ella. *El hijo es el capital emocional de la madre venezolana.* Cuantos más hijos tenga, mayor será su imperio emocional. Siente que, de cada compañero sexual, debe concebir al menos un hijo. El hijo concebido suplirá la ausencia del marido que pronto se marchará. La mujer, por su parte, se emancipará de la madre a temprana edad, pues ella misma aspira ser madre, reproduciendo así la estructura familiar prevaleciente. La hija en la familia matricentrada pronto deja de ser hija, para convertirse en madre. No ha de sorprender la temprana edad para la maternidad de la mujer venezolana.

Pero así como Vethencourt y Moreno coinciden en que la madre ocupa el papel central en la estructura familiar, de ninguna forma debemos confundir la familia matricentrada con el matriarcado. Una sociedad es matriarcal cuando las instituciones privilegian a las mujeres en las posiciones de poder. La familia venezolana es matricentrada, pero la sociedad venezolana sigue siendo patriarcal-androcéntrica, y es en esta ideología que están anclados los valores que sustentan este modelo de sociedad.

La madre ocupa prominencia como eje del orden familiar, pero sigue siendo el hombre quien ocupa la posición de poder. El poder de la madre es emocional, pero nada más. En Venezuela, las mujeres distan de poseer las mismas oportunidades laborales y económicas que los hombres, por lo que su capacidad para generar ingresos es bastante inferior. Precisamente el desequilibrio que se genera entre el patriarcado-androcentrismo y las familias matricentradas, alimenta aún más la pobreza en las familias populares venezolanas (presentándose el fenómeno de feminización de la pobreza).

Lo hasta ahora expuesto es, claro está, una somera aproximación descriptiva. Venezuela es un país de profundos contrastes en su población, por lo que se dificulta hablar de la totalidad de las familias venezolanas como “matricentradas”. Ciertamente, es la estructura familiar más común entre las clases populares, las cuales constituyen cerca de un 80% de la población venezolana. Sin embargo, las familias de la clase media venezolana no presentan exactamente las mismas características que hemos descrito para las familias populares, aun cuando comparten ciertos rasgos.

Las familias de la clase media se acercan más al modelo de familias nucleares convencionales del resto de occidente, pero sólo parcialmente. Si bien la clase media venezolana tiende a imitar una estructura familiar similar a la de otras naciones occidentales, no ha podido dejar de incorporar rasgos de la familia matricentrada popular. Los hombres de la clase media asumen con mayor responsabilidad su paternidad, pero no totalmente. Incluso en la clase media, la pareja como institución sigue sin conseguir plena fortaleza, y muchos de los aspectos antes mencionados se reproducen también en este modelo familiar.

Hemos querido analizar esta caracterización de la sociedad venezolana en virtud del tema que estamos abordando, puesto que se incorpora a la construcción socio-simbólica de la maternidad que tienen las mujeres venezolanas. Así pues, siendo la estructura social venezolana, tal como ha sido descrita por los autores anteriormente mencionados, una estructura matricentrada, ¿Qué ocurre entonces cuando una mujer perteneciente a dicha sociedad no puede lograr concebir? ¿Podría ser un factor adicional que presione a las mujeres venezolanas infértiles a un mayor consumo de lo que el poder médico pone a su alcance con los procedimientos de fertilización asistida, aun a pesar de los riesgos que conlleva? ¿Cómo acceden a estas nuevas tecnologías aquellas mujeres provenientes de las clases sociales más desposeídas, considerando los elevados costos de estas propuestas tecnológicas? Estas y otras interrogantes son abordadas y analizadas en este trabajo, desde las voces de las mujeres que se someten a procedimientos de fertilización asistida.

Ya para cerrar esta parte, queremos destacar que, aun cuando a juicio de los/as autores/as antes citados la sociedad venezolana es matricentrada pudiendo ser esto un factor que contribuya o presione a una mujer infértil a acceder a este tipo de procedimientos, al consultar el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (REDLARA, 2019), pudimos observar que Venezuela no está entre los países latinoamericanos donde se realizan más procedimientos de fertilización asistida, de hecho en el más reciente reporte publicado en el año 2019, fue el país con menor registro de ciclos de tecnología de fertilización asistida por millón de habitantes.

Los países que mostraron mayor frecuencia de uso de este tipo de procedimientos durante el año 2019 fueron, Uruguay (558 ciclos por millón habitantes), Argentina (490 ciclos por millón habitantes), Panamá (425 ciclos por millón habitantes) y Chile (372 ciclos por millón habitantes), por lo que podría deducirse que a pesar de la

influencia cultural que pudiese tener esta matricentralidad en las mujeres venezolanas, es posible que otros factores de origen diverso, puedan estar interviniendo en la posibilidad de acceso a estas tecnologías, tales como: elevados costos de los tratamientos, no disponibilidad de programas y políticas públicas de salud dirigidas a la atención de la infertilidad, ausencia de instrumentos legales en la materia, entre otros posiblemente derivados de la situación socioeconómica del país; lo cual se concluye al evidenciar que los dos países que reportaron mayor número de ciclos por millón de habitantes, son precisamente los países de Latinoamérica que cuentan con leyes que prevén la cobertura universal de tratamientos de fertilidad, por lo que en consecuencia, han aumentado su tasa de utilización.

Ahora bien, más allá de que califiquemos la pertinencia o no de lo que estos países han venido realizando en materia de fertilización asistida, lo que si es cierto es que nuestro país no cuenta con instrumentos legales que contemplen nada en esta materia, ni tampoco se hace seguimiento y control de lo que ocurre a lo interno de los distintos Centros de Fertilidad que existen y operan en Venezuela. Consideramos al respecto, que lo que proponemos con la apertura de un debate público para el abordaje de este tema, no se trata de que más mujeres puedan acceder a estos procedimientos. De lo que se trata es de la necesidad de regular y controlar lo que está sucediendo en el país, y de desarrollar leyes y políticas de salud pública dirigidas a la atención de todo lo que se genera en cuanto a la Fertilización Asistida, para que estos Centros de Fertilidad dejen de tener todo el poder, y que seamos las mujeres quienes tomemos un poco el control de la situación.

De lo que hemos venido hablando a lo largo de esta tesis doctoral, es de la necesidad de abrir un debate desde la perspectiva de género, desde la mirada de las mujeres, de manera que la propuesta sea más humana y equitativa, para que las

mujeres puedan empoderarse de la decisión de acceder o no a estos tratamientos sin ser objeto de la explotación de sus cuerpos producto de la construcción socio-simbólica de la maternidad que se refleja en el discurso social y en el discurso médico de la infertilidad.

En este sentido, haremos mención a algunos planteamientos que al respecto nos hace Silvia Tubert, que coinciden con lo que tratamos de develar:

No se trata de plantear una oposición entre la artificialidad de las nuevas tecnologías de la reproducción y una supuesta naturalidad de la función procreadora. Pero el rechazo de una ideología que define a la maternidad como natural tampoco debe llevarnos a aceptar, junto con el hecho de que esa naturalidad sólo se encuentra, como tal, en el reino animal, una tecnologización cada vez mayor, cuyas consecuencias no podemos siquiera imaginar (...) El hecho de que las nuevas tecnologías de la reproducción supongan una manipulación del cuerpo como organismo/máquina no debe oscurecer la legitimidad del deseo de tener hijos de una mujer, en su singularidad, que habría que disponerse a escuchar en cada caso. Tampoco se trata de abolir los procesos de la ciencia y de la técnica, sino de limitar sus efectos perversos, cuestionar la asignación de fondos públicos a las aventuras tecnológicas más costosas, desenmascarar el mito según el cual el progreso exige manipulaciones cada vez más sofisticadas que implican una desubjetivación del ser humano, entregado a instituciones impersonales. (1991: 270-271).

De lo que se trata entonces, es de hacer los aportes necesarios desde estos espacios académicos, para lograr visibilizar la situación real en nuestro país, y así permitir abrir el debate público para desarrollar políticas de salud sexual y reproductiva e instrumentos legales adecuados, en materia de procedimientos de fertilización asistida.

## ***Historia de la infertilidad y de la reproducción asistida***

*La historia nos ha señalado que, la condición de la maternidad y de la fertilidad, ha sido y es, el aspecto por el cual son valoradas personal y socialmente las mujeres.  
Beatriz Campos Mansilla*

A través de la historia y sus civilizaciones, las mujeres siempre han sido símbolo de fertilidad. De la prehistoria datan numerosas pinturas rupestres de figuras femeninas redondeadas, representativas de Venus que invocaban la fertilidad y la prosperidad. Por el contrario, la infertilidad ha sido uno de los mayores problemas sociales y médicos desde los albores de la humanidad, vivida como una amenaza para la supervivencia, para la transmisión del poder y el mantenimiento de las estructuras sociales (Ojeda y Ravelo, 2022).

Durante buena parte de la historia de la humanidad, los seres humanos tenían un desconocimiento total de cómo era el proceso de reproducción natural, sobre todo de la participación masculina. Esto pasó porque entre la relación sexual fecundante y el nacimiento, pasaban nueve meses y, durante ese tiempo, podían ocurrir una serie de eventos responsables de la evolución del embarazo como cambios meteorológicos, comportamientos diferentes, etc. Por eso se consideró a las mujeres como las encargadas de la reproducción y a los hombres como espectadores, más o menos inocentes (Paladine, 2015).

La descripción del proceso de reproducción natural se inicia con la civilización egipcia. El estatus social de las mujeres egipcias era semejante al de los hombres, lo que se podía considerar una posición privilegiada dentro de las civilizaciones antiguas. Las parejas eran prolíficas y la infertilidad era un problema real y cotidiano que no se consideraba un castigo divino, como en otras civilizaciones, sino una enfermedad que debía ser diagnosticada y tratada. La medicina egipcia mostró una

considerable atención al problema de la infertilidad y a su diagnóstico, aunque no proporcionó ningún tratamiento satisfactorio. (Paladine, 2015)

Dos papiros están particularmente relacionados con la ginecología y la fertilidad: el papiro Kahoun, el texto médico Egipcio más antiguo conocido, y en verdad el primer tratado de ginecología (1900 A.C.) y el papiro Ebers, el cual fue escrito en la XVIII dinastía (1550 A.C.) y es el texto médico más famoso de la época. En él se recogen datos sobre ginecología, aunque sus conocimientos sobre anatomía probablemente eran algo muy somero. Los egipcios fueron sobresalientes en el desarrollo del diagnóstico temprano del embarazo tratando granos de trigo y cebada con la orina de mujeres embarazadas. La técnica consistía en que las mujeres grávidas debían orinar sobre una mezcla de trigo y cebada combinada con arena y dátiles; si los granos germinaban (por la acción de la hormona HCG), significaba que estaban embarazadas; si sólo crecía el trigo, el hijo sería varón y si sólo crecía la cebada, sería mujer. (Tubert, 1991; Paladine, 2015).

En esta época era importante saber si una mujer era fértil o no, y los egipcios desarrollaron métodos para el diagnóstico de las mujeres infértiles. No obstante, sabían que no todos los casos de infertilidad eran de origen femenino, puesto que en varios relatos e historias mitológicas se alude a la infertilidad masculina. Los exámenes que realizaban los egipcios se basaban en el concepto de que los órganos genitales estaban en continuidad con el resto del cuerpo y, en particular, con el tracto digestivo en mujeres fértiles. Esta idea se recogió por los griegos y se mantuvo hasta la Edad Media. (Paladine, 2015).

Siguiendo con el devenir histórico, continuaremos con la influencia de la tradición hebrea en lo que se refiere a la infertilidad. Una de las principales fuentes de conocimiento, relacionada con la medicina Judía es la Biblia. En ella, la norma del

pecado original predominaba y las mujeres tenían pocos derechos y libertades, incluso los varones podían repudiar a sus mujeres. "*Sed fructíferos, multiplicaos, y repoblad la tierra*" fue la orden que Dios les dio a Adán y a Eva al comienzo del libro del Génesis (1:28). En este contexto se puede entender que la infertilidad fuera un castigo divino, al tiempo que la infertilidad masculina no fuera reconocida. Sin embargo, Dios podría privar de descendientes a una pareja para castigarla por un pecado. En el libro del Génesis (30:2), cuando Jacob se enfada con su mujer Raquel, él dice: "*¿soy yo acaso Dios?, que te impidió el fruto de tu vientre*". Pero sobre todo el embarazo es un regalo del Señor; Eva dice: "*Yo he recibido un hombre del Señor*" (Génesis 4:1). (Tubert, 1991; Paladine, 2015).

En el Antiguo Testamento varios versos cuentan la historia de la mujer infértil que concibió gracias a la intervención divina: por ejemplo Sara, la mujer de Abraham (Génesis 20:18), o Rebeca, la mujer de Isaac (Génesis 25:21), o en el Nuevo Testamento, Isabel (prima de la Virgen María), la mujer de Zacarías (Lucas 1:5-24)... En la Biblia, por tanto, la infertilidad a menudo se asocia con distintas concepciones: el castigo divino (en el Antiguo Testamento), que refleja la posición de sumisión de la mujer en la sociedad hebrea, o el embarazo como regalo de Dios. (Oiberman, 2005; Paladine, 2015).

De allí que sobre el imaginario de las mujeres recaiga desde la tradición judeo-cristiana el repudio a la infertilidad, sobre la base de la fuerte asociación que el patriarcado hace entre feminidad y maternidad. En este sentido es importante tener en cuenta la gran contradicción que se observa en los relatos bíblicos en relación con la categoría maternidad e infertilidad: por un lado se invita a la mujer a ser procreadora y que el tener una descendencia numerosa se considere una bendición; pero por el otro se invita a la mujer a la sumisión, a la virginidad.

En este sentido señala Yvonne Kniebehler que

Las representaciones de la maternidad se estructuran alrededor de dos figuras humanas: Eva y María (...) Jehová le dice a la primera pareja: “Creced y multiplicaos y poblad la tierra” (...) Eva, recibe su nombre, que significa “madre de los vivos” (...) una mujer es virtuosa si tiene una familia numerosa. Los hijos son una bendición, pero también son origen de muchos pesares (...) En el origen del culto a la Virgen María las representaciones de la maternidad se leen en la obediencia de María a través de su virginidad, y a través de la relación que mantiene con su hijo. “Soy la cierva del Señor”, le responde al Ángel de la Anunciación. Le obedece a Dios, sin consultar a José (...) para ella existía una autoridad superior a la del esposo, superior, inclusive, a la de cualquier otro ser humano: la voluntad divina (...) el mensaje sigue afirmando la trascendencia del hijo, criatura e imagen de Dios, inscripto en una red simbólica desde antes de su nacimiento. (2000: 25-27).

Por otra parte, hay que considerar el aporte que la medicina occidental encuentra en Grecia en relación con la maternidad y la infertilidad, constituyendo sus primeras bases. En Grecia coexistían las prácticas sagradas y las profanas, de allí que el mensaje de los griegos se expresara en dos formas: el mito y la ciencia. Desde el pensamiento mítico se traducía la dimensión simbólica de la maternidad; desde el pensamiento científico, se exploró el papel específico de las mujeres en la reproducción. El gran reformador de la época fue Hipócrates, para él lo que caracterizaba a la mujer en relación con el hombre, era el útero, órgano en forma de recipiente invertido que, alternativamente se abría para dejar pasar la menstruación, el esperma, el/la hijo/a, y se cerraba para retener la simiente masculina, proteger y alimentar al feto (Tubert, 1991; Paladine, 2015). De la medicina griega hipocrática se derivan las representaciones de la infertilidad, para lo cual haremos mención a lo que señala Yvonne Kniebehler en este sentido:

(...) los discípulos de Hipócrates estaban convencidos de que todas las enfermedades femeninas tenían su origen en el útero: **la esterilidad era el mal absoluto**\* y el parto la mejor prueba de salud (...) el embarazo y el parto aseguraban la supervivencia de la especie y la renovación de las generaciones; la mujer no podía sustraerse a ellos, no tenía elección, de la misma manera que un hombre no podía elegir no ir a la guerra. (2000: 15).

\* Las negrillas son nuestras

Hipócrates se familiarizó con el problema de la infertilidad y tenía varias recetas para diagnosticarla, inspiradas en los egipcios. Para él la infertilidad se debía a las siguientes causas: mala posición del cérvix, debilidad de la cavidad interna debido a un origen congénito o adquirido subsecuentemente a una cicatriz de úlceras, obstrucción del orificio uterino debido a una amenorrea, flujo menstrual excesivo que hace al útero incapaz de fijar la semilla y prolapso uterino. Los tratamientos eran numerosos: *“cuando el cérvix está demasiado cerrado el orificio interno debe ser abierto mediante una mezcla especial compuesta por nitro rojo, comino, resina y miel”*. Los griegos también usaban una técnica que consistía en dilatar el cuello uterino e insertar una sonda de plomo a través de la cual vertían al útero sustancias emolientes. (Tubert, 1991; Paladine, 2015)

Otros médicos y filósofos, confirmaron aún más la inferioridad de la madre y el repudio a la infertilidad en los tratados que escribieron. Para Platón, por ejemplo, el útero, órgano femenino por excelencia, estaba situado en el vientre, lejos del alma racional y de los pensamientos nobles, era *“algo vivo, poseído por el deseo de concebir hijos”*, que sometía a la hembra. Por su parte, Aristóteles sostenía que solo el macho daba la forma y el principio de la vida, la mujer era pasiva; una vez fecundada, recibía, conservaba y nutría al embrión, lo cual señalaba la inferioridad de la mujer en la obra de la vida. Uno de los médicos griegos después de Hipócrates que más influyó en la medicina occidental, fue Galeno. Galeno definió a la mujer como *“un hombre al revés”*, señaló que los órganos sexuales que el hombre tenía en el exterior del cuerpo, existían también en la mujer, pero en su interior; y, aunque esta idea hubiese podido llevar a reconocer la igualdad de los sexos en la procreación, el dogma de la inferioridad en la mujer, funcionó como un obstáculo epistemológico. (Tubert, 1991).

Hablar de los aportes de los tratados médicos desarrollados por estos filósofos, reviste gran importancia para el tema que estamos abordando, en virtud de que como ya se ha mencionado, alude a la inferioridad de las mujeres, inferioridad que se fundamentó en la posición y forma del útero dentro del cuerpo femenino, a lo cual eran atribuidos todos los males en las mujeres, entre ellos la infertilidad.

Esta idea útero-centrada, tal y como lo refiere Marbella Camacaro

(...) aúpa la invención de maniobras para llevarlo a su sitio y superar los males femeninos. Por ejemplo, la esterilidad era entendida como un problema causado por desviación oblicua del útero. (2010: 86).

De toda esta tradición y anclaje, nace la ciencia occidental, y de allí el surgimiento de las tecnologías reproductivas, como veremos más adelante, como una alternativa para restituir ese orden natural androcéntrico y reparar el cuerpo femenino. A propósito de ello y dándole continuidad al devenir histórico, hay que señalar, tal como señalan diversos investigadores (Kniebiehler, 2001; Oiberman, 2005; Paladine, 2015) que los estudios de Galeno impactaron al imperio bizantino y romano, y luego sedujo a los científicos árabes, y a través de ellos llegó a los clérigos médicos de la Edad Media occidental.

Así, en la época de los romanos y bizantinos, el papel de los dioses era tan importante como en la época griega, de hecho las patricias jóvenes que querían salir embarazadas iban al templo de Juno. Allí los sacerdotes del dios Pan o Luperques las recibían y, desnudas y postradas, las flagelaban con un látigo de piel de macho cabrío, conocido por su potencia sexual. Uno de los grandes ginecólogos y obstetras de esta época fue sin duda Sorano de Efeso; de origen griego que se formó en la escuela de Alejandría y practicó la medicina en Roma en tiempos de Trajano y Adriano. Sorano es considerado el primer partero y el padre de la obstetricia, y fue el primero en proporcionar una forma real y estructurada a las parteras o comadronas para que conocieran las ciencias fundamentales (anatomía, fisiología y

patologías obstétricas y ginecológicas) para la atención de la madre y el recién nacido durante el parto. A él se le debe la idea, posteriormente verificada, de que el instante propicio para el embarazo es poco después de la menstruación. Pensaba que la fertilidad mejoraba si la mujer permanecía acostada después del coito, y dijo que el útero no tenía “compartimentos separados”. Llamó a los ovarios “testículos femeninos”, y señaló la vinculación estrecha entre el útero y las glándulas mamarias. (Oiberman, 2005; Paladine, 2015).

En cuanto a los árabes, el médico más afamado y prestigioso de esta escuela fue Avicena, quien escribió alrededor de 30 tratados: de hecho sus conocidos Cánones fueron los que dominaron toda la práctica médica medieval. Para Avicena la infertilidad podía tener un origen masculino o femenino, relacionado con una anomalía de los espermatozoides producidos por el hombre o la mujer. También se podía deber a una anomalía del tracto genital o a problemas psicológicos (Paladine, 2015).

Ya en la época medieval, la procreación se consideraba necesaria, de hecho Santo Tomás de Aquino, el mayor teólogo cristiano del siglo XII, dijo que: *“la naturaleza busca la generación de descendientes para preservar el bien de las especies”*. Los médicos en la Edad Media utilizaron distintas recetas para diagnosticar el origen de la infertilidad. Una de éstas, inspirada en los egipcios y adoptada por el médico valenciano Arnau de Villanova, consistía en insertar un diente de ajo en la vagina; si el olor se transmitía a la boca de la mujer entonces era fértil (Paladine, 2015).

La medicina medieval se basaba en la griega, tanto en sus conceptos fisiológicos como en los métodos de diagnóstico y tratamiento. Esto desembocó en un estancamiento parcial del conocimiento, así como de la condición social de las mujeres. Los tratamientos sobre la infertilidad estaban más cercanos a los ritos o las

costumbres, y no fue sino hasta el renacimiento cuando los avances en anatomía y ciencias médicas proporcionaron ideas y tratamientos para un progreso real (Paladine, 2015), pero siempre en detrimento de la condición social de las mujeres, y de la representación de la maternidad en el imaginario.

Por su parte, el renacimiento marca un período innegable de progreso científico. Hubo importantes hallazgos en torno a la anatomía femenina, realizados por diversos científicos de la época, entre quienes destacan Vesalio y Leonardo Da Vinci, quienes dieron importantes aportes sobre la anatomía de los órganos sexuales femeninos; Bartolomeo Eustachio, quien recomendaba a los maridos que tras el acto sexual metieran el dedo en la vagina para favorecer la concepción, siendo este el primer antecedente de la idea de inseminación artificial, Ambroise Paré, quien defendía la dilatación del cérvix para el tratamiento de la infertilidad y William Harvey, quien presentó una nueva teoría acerca del desarrollo embrionario humano (Oiberman, 2005; Paladine, 2015).

Hasta ese momento se pensaba que el futuro bebé preexistía como un ser humano preformado diminuto, llamado homúnculo, dentro del gameto del varón. Esta teoría se conocería con el nombre de preformacionismo. Harvey postuló, siguiendo a Aristóteles, que las estructuras especializadas que un individuo desarrolla paso a paso (crecimiento y diferenciación) provienen de estructuras no especializadas a partir del ovocito. Esta teoría se conocería como epigénesis y Harvey resumió su investigación con una famosa frase “ex ovo omnia” (todo proviene del huevo) (Paladine, 2015).

Ya para el siglo XVII, se publicaron más trabajos acerca de la infertilidad escritos por Jean Hucher y Louise Bourgeois. Por su parte, Francois Blondel mantenía que las mujeres delgadas eran más fértiles que las mujeres obesas. Regnier de Graaf,

rechaza las teorías aristotélicas sobre la fecundación y describe el ovario y el ciclo folicular (Quiroz, 2011).

En el siglo XVIII el razonamiento médico sufrió una completa transformación y a partir de ese momento comenzó a implementarse de manera más sistemática la metodología científica. El científico holandés Antoine Van Leeuwenhoek y su asistente Hamm, fueron las primeras personas que visualizaron espermatozoides, a los cuales llamaron “animálculos”, y pensaban que los espermatozoides contenían embriones prácticamente formados. Martin Naboth, publicó su tratado de infertilidad, en el cual mantiene que la esclerosis ovárica y los bloqueos tubáricos podrían ser causa de infertilidad (Quiroz, 2011; Paladine, 2015).

William Smellie, el padre de la obstetricia inglesa, fue el primero en llevar a cabo experimentos y describir el proceso de fecundación, aunque las bases no fueran siempre correctas; sugirió la leucorrea como posible causa de infertilidad. A pesar de los avances obtenidos, la infertilidad se atribuía a las mujeres. Era extraño que se implicara a los varones, aunque hay alguna excepción. Por su parte, Giovanni Battista Morgani sumó otras posibles etiologías a la infertilidad y esterilidad como: ausencia o agenesia folicular, anormalidades de la vagina o de los órganos genitales externos, aplasia uterina y derivaciones del útero (Quiroz, 2011).

La primera inseminación con éxito en mamíferos fue llevada a cabo por el médico y sacerdote italiano Lázaro Spallanzani en 1784 en perros, la hembra tuvo tres cachorros 62 días después. Hacia 1785, el cirujano escocés John Hunter, realizó los primeros intentos de inseminación artificial humana, cuyo resultado fue el nacimiento de un niño sano ese mismo año. El paciente era un comerciante adinerado de tejidos que presentaba hipospadia, al cual Hunter le propuso recoger

su semen en una jeringa caliente e inyectarlo en la vagina de su mujer (Quiroz, 2011).

Los siglos XIX y XX estuvieron marcados por un inmenso progreso en medicina, junto con el descubrimiento de sustancias con efectos terapéuticos. En el siglo XIX se dieron varios pasos decisivos en el campo de la infertilidad y la esterilidad. Uno de los padres de la ginecología Americana, Marion Sims publicó en 1866 su principal tratado, en el cual explica que la infertilidad y la dismenorrea tienen un origen común, la estenosis cervical. Así pues, recomendaba que la esterilidad se debía tratar dilatando el cérvix, bien usando dilatadores o quirúrgicamente, realizando una incisión en el mismo. También pensaba que la mala posición uterina contribuía a la infertilidad, pero prefería métodos clásicos para tratarla, dejando la cirugía para los casos más extremos. La endocrinología era todavía desconocida en estos momentos y él pensaba que el periodo de tiempo más adecuado para la fertilidad era durante los 10 días tras la menstruación. Durante este periodo también llevó a cabo inseminaciones artificiales con éxito. En 1868 publicó un trabajo en el que defiende el papel fundamental que juega el examen bajo el microscopio de la calidad espermática para entender la infertilidad (Paladine, 2015).

En relación con el surgimiento y desarrollo de otras técnicas de fertilización asistida, se conoce que en 1884, se produjo el primer caso confirmado de inseminación artificial con donante (IAD), llevada a cabo por William Pancoast. Un adinerado comerciante le expuso al notable doctor su imposibilidad para procrear y éste vio una oportunidad única para probar un nuevo procedimiento. Tiempo después, la esposa del paciente fue anestesiada y ante una audiencia de estudiantes de medicina, la señora fue inseminada usando el semen del miembro más guapo de la clase (Paladine, 2015). Aquí podemos observar una muestra más del androcentrismo presente en la ciencia médica a lo largo de toda su historia.

En 1891, Walter Heape, es el primer científico en recuperar un embrión preimplantatorio mediante el lavado del oviducto de una coneja, que luego fue transferido a una receptora en la cual continuó su desarrollo normal. Su trabajo alentó a la comunidad científica a desarrollar el cultivo de embriones en el laboratorio. El primer intento exitoso de fertilización in vitro (FIV) en animales fue realizado por Onanoff en 1893. Durante las dos primeras décadas del siglo XX se empezó a desarrollar la endocrinología reproductiva y se utilizaron gonadotropinas para realizar estimulaciones e inducciones ováricas. En 1929 se efectúan por primera vez recuentos espermáticos. A partir de esta época se produce una prolífica e imparable sucesión de avances en medicina reproductiva (Paladine, 2015).

Patrick Steptoe y Robert Edwards, el 25 de julio de 1978 logran un hito histórico: el nacimiento de la primera niña en el mundo, tras fecundación in vitro (FIV) y reimplantación embrionaria. Esta fecha marca el nacimiento de la medicina reproductiva moderna. Robert Edwards fue galardonado con el Premio Nobel 2010 de Fisiología y Medicina "por el desarrollo de la fecundación in vitro" (Núñez y Ogando, 2017). Sin embargo valdría la pena analizar las razones que influyeron en el retraso de este premio... lo cual no es ingenuo... sino que se encuentra impregnado de las mismas razones que hemos venido desarrollando a lo largo de esta investigación... por lo que dejamos abierto para la discusión, este detalle de la ciencia.

Ya para 1983, se logran los primeros embarazos con ovocitos donados. En 1984, el equipo de Ricardo Asch de la Universidad de Texas popularizó una nueva técnica en la cual se procede a la transferencia de uno o más ovocitos mezclados con espermatozoides lavados y capacitados directamente en la trompa de Falopio mediante laparoscopia, conocida con el término de GIFT (transferencia intratubaria

de gametos). En 1987, se publica la primera experiencia de FIV con óvulos obtenidos por vía vaginal mediante aspiración guiada por ultrasonidos. En 1983, Alan Trounson publica el trabajo sobre el primer embarazo humano producto de la congelación de un embrión de 8 células logrado. Esta técnica (criopreservación) se perfeccionó y popularizó por lo que en la actualidad se usa en la mayoría de los centros donde se practican Técnicas de Reproducción Asistida para almacenar el excedente de embriones (Núñez y Ogando, 2017).

Los primeros trabajos sobre embarazos y nacimientos mediante la técnica ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) se dieron a conocer en 1992. Durante esta época, se pensaba que al tocar el citoplasma (parte interna del óvulo) del ovocito se podía lesionar de manera que no se diera la fertilización. Sin embargo, debido a un accidente de laboratorio se introdujo un espermatozoide en el citoplasma del óvulo y se vio que éste mantenía su capacidad reproductiva (Núñez y Ogando, 2017).

En 1987, la británica Kim Cotton pasó a la historia como la primera "madre de alquiler". El acuerdo con el padre y la madre del bebé se efectuó gracias a las gestiones realizadas por la agencia *Surrogate Parenting Association*, que cobró la suma de 14.000 libras. Después del nacimiento, la Corte Superior Civil de Londres decidió que la niña debía ser entregada a la pareja contratante mediante el correspondiente trámite de adopción (Núñez y Ogando, 2017).

Finalmente y después de hacer una breve mención a todo el camino transitado a lo largo de la historia y de la ciencia, en relación con la infertilidad, así como la evolución que hemos podido observar de los avances científico-tecnológicos que se fueron dando en cuanto a técnicas de reproducción asistida, debemos aportar desde nuestro abordaje con perspectiva de género, que todos ellos han sido y siguen

siendo producto de la construcción socio-histórico-cultural de la maternidad y en consecuencia de la infertilidad. Cada uno de esos momentos en la historia y en la ciencia, fueron y son producto de un simbolismo de la maternidad, como nos lo señala Silvia Tubert:

(...) la maternidad humana es esencialmente simbólica y la esterilidad misma puede dar cuenta de la imposibilidad de acceder a la función maternal como consecuencia del fracaso de la función metaforizante que estructura al sujeto de deseo, al tiempo que permite su entrada en el orden simbólico. (1991: 199).

Lo que se pone de manifiesto en la maternidad, entonces, no es meramente una posición privilegiada de la mujer con lo real a través de la gestación que tiene lugar en su cuerpo, sino, al mismo tiempo, su inscripción como *madre* en un orden simbólico. (1991: 154).

Y por supuesto, esta construcción está presente en la ciencia médica. El saber/poder médico androcéntrico tomó el control de los cuerpos femeninos para dar respuesta al mandato social, para dar cumplimiento al orden simbólico establecido para las mujeres: “ser madres”.

## ***Medicalización y Tecnologías de la Reproducción: ¿Una respuesta?***

*El control de la fecundidad femenina es el lugar por excelencia  
de la dominación de un sexo sobre otro.  
Yvonne Kniebihler*

El término medicalización, fue apuntado por Michel Foucault (1977), y en él hace referencia a un proceso que se caracteriza por la función política de la medicina y por la extensión indefinida y sin límites de la intervención del saber médico. En su análisis de la historia de la medicalización, podemos observar que a partir de un proceso que se inició en el siglo XVIII, asistimos desde entonces y hasta la actualidad, a la formación de una somatocracia, donde una de las finalidades de la intervención del Estado es el cuidado de los cuerpos, la salud corporal, así como el énfasis que se hace de la relación entre la enfermedad y la salud. Así, la medicina desempeñó y desempeña un papel fundamental en la formación de esta modalidad de ejercicio del poder, el cual para este autor, parte del orden de la normalización de las personas y de las poblaciones.

Así, la medicalización de la sociedad ha sido un proceso basado en la idea de universalidad, que ha servido para sustentar el propio modelo médico hegemónico; medicalización que supone control social e ideológico sobre la población a través fundamentalmente de la estigmatización y regulación de ciertos comportamientos y la negatividad asociada a determinados padecimientos, y a la misma definición de lo que es enfermedad y de lo que no lo es, de quiénes son asistibles y en qué condiciones. Este control social se canaliza fundamentalmente a través de las intervenciones asistenciales directas, curativas o educativas, y la influencia ideológica en los medios de comunicación y otros niveles de la sociedad.

Ahora bien, con respecto a cómo puede trasladarse este proceso a las mujeres, partiendo del hecho de que en todos los espacios sociales y desde la ideología

patriarcal-androcéntrica, las mujeres somos un conglomerado humano invisibilizado, oprimido, controlado; –y tratándose particularmente del tema que estamos abordando, la lógica del control de la reproducción y del cuerpo de las mujeres no ha sido la excepción–, la medicalización pasa a ser una forma de dominación, pues como hemos venido comentando, los estudios biomédicos, centrados en la patología, consideran la infertilidad como una enfermedad, lo cual lleva implícito una forma de comercialización y cosificación del cuerpo y la vida de las mujeres, que se hace más que evidente sobre todo con los avances en reproducción asistida.

Las teorías feministas consideran que tales actuaciones médicas no son más que reflejos de un modo de actuar discriminatorio y opresivo hacia las mujeres, propio de un contexto patriarcal-androcéntrico repleto de intereses de control político, económico e ideológico de los cuerpos de las mujeres.

En este sentido, haremos mención a lo que señala Mari Luz Esteban:

La medicalización de las mujeres es un ejemplo de cómo se ha ido desarrollando este proceso, como una estrategia general de control, poder y dominación. Una medicalización llevada a cabo específicamente a través del control de procesos corporales y reproductivos. Pero no es un caso más, es un ejemplo paradigmático y de gran relevancia, por las formas que adquiere, por las consecuencias directas sobre la mitad de la población, y por los cambios que están ocurriendo en el ámbito científico, donde la perspectiva de género es una condición *sine qua non* para entender el proceso en su globalidad. En este sentido, como consecuencia de las investigaciones en reproducción asistida pueden surgir nuevas situaciones de regulación social de distintos grupos, con implicaciones específicas para las mujeres. (2003: 36).

La identidad femenina se construye socialmente no solo a través de la colonización de su conciencia, sino también a través de su cuerpo como lugar privilegiado de sujeción y explotación donde se ejerce el saber/poder, sobre todo desde la ciencia médica, y de allí su excesiva medicalización. Este poder se inscribe en los cuerpos

femeninos de múltiples formas (entre ellas, la reproducción asistida) y puede ejercerse desde múltiples lugares (por ejemplo desde el discurso médico) para conseguir múltiples beneficios (los/las niños/as que se esperan deben tener las mujeres), lo cual se debe a que sólo los cuerpos femeninos proporcionan estos beneficios que exige la sociedad patriarcal-androcéntrica, por lo que al respecto consideramos que la noción de cuerpo sexuado (incluso mejor que la del género) puede abrir nuevas vías para el análisis de este tipo de formas específicas de opresión-explotación que surgen desde la ideología patriarcal-androcéntrica.

Marcela Lagarde nos hace otro señalamiento en este sentido,

En el centro de la organización genérica del mundo, como sistema de poder basado en el sexo, se encuentra el cuerpo subjetivado. Los cuerpos no solo son productos biológicos, las sociedades ponen en ellos grandes esfuerzos para convertirlos en cuerpos eficaces para sus objetivos, para programarlos y desprogramarlos. Cada orden de géneros desarrolla su particular política corporal destinada a crear los cuerpos que requiere: son cuerpos históricos, cuerpos contruidos, semejantes solo en apariencia a los cuerpos de otras latitudes, de otros sistemas, de otras épocas. En esos cuerpos sexuados se desarrollan capacidades que abarcan desde habilidades físicas y subjetivas – maneras de hacer las cosas, destrezas, habilidades–, hasta deseos, formas de realizar los deberes y de acatar las prohibiciones, maneras de pensar, de sentir, es decir, maneras de ser asociadas siempre a posiciones políticas. Cada cuerpo implica oportunidades y limitaciones de vida. (1996: 56).

Como hemos podido observar a lo largo de este trabajo, el evidente androcentrismo presente en todos los ámbitos de la sociedad así como la indudable y excesiva medicalización que se ha hecho de los cuerpos y de los procesos reproductivos de las mujeres, requieren de una análisis particular que debe ser hecho con perspectiva de género, ya que como indica Silvia Tubert (1991): “la posibilidad de que los hombres controlen tanto el aspecto material como el simbólico de la reproducción, representa una nueva actualización del despojo de la madre...” (p. 196). Por tanto, partiendo de esta afirmación y por el tema que abordamos, es necesario

comprender la influencia del modelo biomédico (desde lo simbólico) en el acceso de las mujeres a las tecnologías de la reproducción.

Desde el punto de vista de lo que representa esta medicalización en el plano simbólico, Silvia Tubert se refiere a este excesivo abuso del saber/poder médico sobre los cuerpos y los procesos reproductivos de las mujeres, como medicina taumatúrgica, lo cual explica de esta forma:

La medicalización progresiva de la reproducción hace posible que sea la figura del médico la que encarne el papel de taumaturgo: el que va a operar un milagro en el cuerpo de la mujer. La dificultad para acceder a la maternidad como función simbólica, la reduce a su dimensión puramente biológica; entonces se recurre al médico para que intervenga en lo real del cuerpo. La dificultad para soportar el peso simbólico de la paternidad conduce a buscar un personaje que se haga cargo del *nombre-del-padre*: el médico representa, de este modo, al padre-dios-patriarca, responsable de la generación de nuevos seres, administrador de la vida y de la muerte, capaz de vencer todos los obstáculos. (1991: 208).

Esta misma autora nos señala que el nacimiento y la muerte ocupan un lugar preponderante en el imaginario humano, y que la capacidad de transmitir vida evoca la capacidad de quitarla, por lo que ambas aparecen como expresiones de una potencialidad de carácter divino, mágico. Por ello, el papel de las mujeres en la reproducción da lugar a una imagen omnipotente e ilimitada. La sexualidad de las mujeres es representada como fuerza devoradora, insaciable, mortal; pero por otro lado, la sexualidad femenina también despierta angustia en tanto alude a la diferencia de los sexos, a la alteridad, que aparece como una amenaza para la superioridad masculina en el orden patriarcal-androcéntrico, y que quizás por esta razón, la ideología imperante en este orden representa y construye a las mujeres siempre como madres.

Así, la ideología sitúa a la feminidad en el lugar de la maternidad, definida como maternidad biológica, y la ciencia y la tecnología se hacen eco de ello poniéndose al servicio de conservar la creencia en su naturalidad, y de mantener la ecuación

mujer = madre, en un intento por controlar lo incontrolable, la vida y la muerte, y de renegar de la castración y de la deuda simbólica; en suma, de nuestro estatuto como sujetos/as significantes, deseantes, humanos/as. Al respecto señala Silvia Tubert que

La esterilidad da cuenta de una resistencia muda a una función simbólica concebida como natural e impuesta como tal, a una definición ideológica del goce, del deseo y de los ideales de la feminidad y la felicidad (...) así las nuevas tecnologías de la reproducción combaten la esterilidad por la exigencia de impedir que haya *una* que no sea madre, de garantizar que no haya *una* que no esté plenamente identificada con su función reproductora supuestamente *natural*, con la función que la definiría en su ser. Si *todas* son madres, quedaría respondida la pregunta por la feminidad, el interrogante sobre el deseo de la mujer, pero si no todas son madres, ¿qué es entonces una mujer? (1991: 221).

Desde este punto de vista, la imagen de la maternidad permite dejar en la sombra la cuestión de la sexualidad de las mujeres, y ha sido precisamente la medicina, como hemos visto, la que se ha hecho cargo del control de la sexualidad femenina (desde la antigüedad) para mantener este ideal androcéntrico, siendo entonces las técnicas de reproducción asistida las encargadas de hacer posible esa maternidad. Estas técnicas ofrecen en este contexto, la posibilidad de meter los cuerpos de las mujeres en el espacio social, de lograr una inscripción para él en lo social y en el discurso de la ciencia moderna; en consecuencia los cuerpos femeninos se transforman en objetos que pueden ser manipulados en formas cada vez más medicalizadas.

A continuación comentaremos cómo se ponen en práctica los distintos tipos de procedimientos, altamente medicalizados, a los cuales se someten las mujeres, para alcanzar el ideal materno.

Entendemos por *Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)*, al conjunto de métodos biomédicos, que conducen a facilitar o sustituir, a los procesos biológicos naturales que se desarrollan durante la procreación humana. Todas las TRHA que describiremos y a las que haremos mención en esta investigación, implican la participación de los gametos masculinos y femeninos en el proceso generativo,

habitualmente a través de la fecundación. Son por lo tanto técnicas de reproducción sexual, en contraposición a posibles desarrollos futuros en los que se obvие el proceso de la fertilización (tales como clonación, gemelación artificial, etc.) que integrarían elementos de reproducción asexual.

Por otra parte, es necesario considerar que al tratarse de una tecnología, aparecen de modo inmediato, procesos de manipulación sobre la realidad biológica de la procreación humana. Por tanto, en las TRHA, ya no interviene de modo exclusivo la pareja en la generación de una nueva persona, sino que adviene la actuación de un tercero (el médico, el biólogo, la sociedad, etc.). Es importante tener esto en consideración, ya que como veremos más adelante, tiene implicaciones éticas y bioéticas.

A continuación describiremos brevemente las TRHA que actualmente se aplican en los Centros de Fertilización Asistida que los ofrecen (Solis, 2000; Luna, 2008):

- ***Técnicas intracorpóreas de fertilización asistida (Técnicas de Baja Complejidad)***: abarca todos aquellos métodos en los que, independientemente de las manipulaciones a las que puedan verse sometidos los gametos, el proceso de fecundación o fertilización del óvulo u ovocito por el espermatozoide, se efectúa en el interior del aparato reproductor femenino. Las TRHA intracorpóreas pueden ser homólogas o heterólogas. Se entiende por técnica homóloga aquella en la que tanto el espermatozoide como el óvulo proceden de la pareja que se somete a la técnica correspondiente. Se entiende por técnica heteróloga aquella en la que ya sea uno de los gametos (óvulo o espermatozoide) o ambos, proceden de donantes ajenos a la pareja, por ejemplo, en el caso de la inseminación artificial efectuada con espermatozoides procedentes de un banco de semen. Podemos clasificar las TRHA intracorpóreas de la siguiente manera:

- IA (Inseminación Artificial): Consiste en la introducción de los espermatozoides mediante un catéter, en la vagina de la mujer. A continuación, la llegada de los espermatozoides hasta el óvulo y la fecundación se efectúan de modo idéntico a lo que sucede en el proceso fisiológico normal.
- IIUD (Inseminación Intra-Uterina Directa): En este tipo de inseminación (modificación de la IA) los espermatozoides se depositan directamente en el útero, evitando su tránsito por la vagina.
- IIP (Inseminación Intra-Peritoneal): Otra variante de la IA, en la cual los gametos masculinos se introducen mediante una sonda guiada por ecografía en el interior de la cavidad peritoneal de la mujer haciéndolos llegar a la región de la trompa uterina más próxima al ovario (porción ampular), que es donde habitualmente tiene lugar la fecundación fisiológica.
- GIFT: Transferencia intratubárica de gametos (Gamete Intra- Fallopian Transfert). En esta técnica se induce la ovulación por hiperestimulación ovárica (mediante un tratamiento hormonal) y se recogen los ovocitos por vía transvaginal, luego se obtienen los espermatozoides y se capacitan los mismos en un medio apropiado, para finalmente transferirlos mediante un catéter que se lleva hasta la porción ampular de la trompa por vía vaginal, (el óvulo y los espermatozoides, separados por una burbuja para evitar una posible fecundación dentro del propio catéter), y ya en la zona ampular se liberan para que se produzca la fecundación de modo espontáneo en su lugar fisiológico. Podría decirse, que de los procedimientos intracorpóreos, este es el que tendría mayores implicaciones desde el punto de vista bioético, como desarrollaremos posteriormente.

- **Técnicas extracorpóreas de fertilización asistida (Técnicas de Alta Complejidad):** son todas aquellas modalidades de reproducción asistida en las que la fecundación se produce en el exterior del tracto reproductor femenino, es decir, todas aquellas en las que se efectúa el proceso de fecundación, es decir, la fertilización “*In-Vitro*”, lo cual implica que en todas ellas se da la posibilidad de una manipulación del comienzo de la existencia de una nueva persona humana o de sus primeras etapas de desarrollo. En este caso, también pueden ser homólogas o heterólogas, según se utilicen para la fecundación gametos de la pareja o procedentes de donantes, respectivamente. Además, y dado que en estos métodos el embrión obtenido *In-Vitro* debe ser posteriormente transferido al útero materno, existe la posibilidad de que esta transferencia no se lleve a cabo en el útero de la madre biológica sino en el de otra mujer (maternidad subrogada o también conocida como “vientre en alquiler”), lo cual como veremos más adelante presenta profundas implicaciones éticas. Las TRHA extracorpóreas se pueden clasificar del modo siguiente:

- o Técnicas sin micromanipulación de gametos: FIVET (Fecundación *In-Vitro* con transferencia de embriones): La FIVET es la técnica estrella dentro del grupo de las TRHA extracorpóreas, y como veremos, de la que se desprenden algunas consecuencias, que tienen importantes implicaciones éticas y bioéticas ya que se ocasionan, de modo inseparable a la técnica, diversas circunstancias en las que se desechan o eliminan embriones humanos. En esta técnica, previa hiperestimulación ovárica, se recogen los óvulos por vía transvaginal (con sonda ecográfica) mediante la punción del fondo de saco vaginal, mediante un catéter que, guiado por ecografía, puede ser dirigido exactamente para puncionar los folículos ováricos y aspirar su contenido, abundante en ovocitos. En el siguiente paso se produce la maduración de los ovocitos extraídos, en un medio de cultivo. Luego se recoge y capacita el esperma. Se realiza el co-cultivo de ovocitos y espermatozoides (fecundación

*In- Vitro*), lo cual se verifica bajo el microscopio. Posteriormente se seleccionan los embriones más "aptos". Esta selección implica la aplicación de criterios morfológicos para escoger los embriones y supone una decisión externa a la pareja sobre cuál embrión es mejor. Finalmente se produce la transferencia intrauterina del/los embriones más adecuados (como veremos más adelante, no existe un criterio único u homogéneo al respecto de la cantidad de embriones a transferir), y se congelan los embriones sobrantes por si es necesaria su posterior utilización en el caso de que el procedimiento no tenga éxito.

- Técnicas con micromanipulación de gametos (SUZI, ICSI): Consisten en un desarrollo posterior de la FIVET y se realizan mediante la inserción mecánica del espermatozoide, su núcleo o de células espermáticas inmaduras (espermátides) en el espacio perivitelino (técnicas de inserción subzonal, SUZI) o en el interior del ovocito (técnicas de inyección intracitoplásmica, ICSI). En ambas modalidades se precisa la manipulación de los gametos mediante pipetas y agujas de punta extremadamente fina (capilares), que se manejan mediante instrumentos (micromanipuladores), que permiten desplazamientos del rango de micras de los utensilios que actúan sobre las células. Tanto en la SUZI como en la ICSI, se trata de facilitar al grado máximo la penetración de espermatozoides en el óvulo a fecundar.

Hemos expuesto los procedimientos de fertilización asistida a los que muchas mujeres han accedido en su necesidad de dar cumplimiento al mandato social de la maternidad, la mayoría de los cuales son invasivos, dolorosos y altamente costosos. Sin embargo hay que mencionar también, que previo a someterse a estos procedimientos, las mujeres deben pasar además, por una larga cadena de exámenes que permitan "hacer el diagnóstico" de infertilidad, los cuales por supuesto también son invasivos, dolorosos y costosos, y afectan a las mujeres tanto

físicamente como emocionalmente. Entre los más frecuentes podemos mencionar los siguientes:

- Estudio hormonal basal: se realiza una analítica de sangre para la función ovárica e hipofisaria.
- Ecografía transvaginal: Examen con ultrasonidos que aporta información sobre la morfología del útero y de los ovarios y permite conocer la respuesta del ovario y del endometrio durante el ciclo ovárico.
- Histerosalpingografía: Es una prueba radiológica en la que se emplea un contraste (líquido) que es inyectado a través del cuello del útero con la finalidad de valorar la cavidad del útero y la permeabilidad de las trompas.
- Hidrosonohisterografía: Es una prueba en la que se emplea una solución que es inyectado a través del cuello del útero y con la ayuda de la ecografía observar la cavidad uterina y la permeabilidad de las trompas.
- Histeroscopia: Es un examen endoscópico durante el cual se introduce un tubo óptico (histeroscopio) a través del cuello uterino para visualizar la cavidad uterina, permite una visión directa y precisa tanto del canal cervical como del interior del útero. Se realiza para diagnosticar posibles alteraciones dentro del útero y en algunos casos permite explicar por qué no se implantan los embriones o la causa de los abortos a repetición.
- Biopsia del endometrio: Se realiza por aspiración de la mucosa endometrial mediante una cánula que se introduce en el útero a través del canal cervical. Se manda al laboratorio y se estudia para ver si existen algunas infecciones o anomalías a nivel del endometrio.
- Cariotipo: Puede revelar anomalías cromosómicas explicando la esterilidad o infertilidad. Se realiza a partir de una analítica sanguínea.

Como hemos podido observar, existe un gran abanico de posibilidades, que la ciencia médica ha dispuesto para dar solución a distintos problemas de

esterilidad/infertilidad sobre la base de la excesiva medicalización que se ha hecho del cuerpo femenino. Sin embargo, lo que esta ciencia no aclara, es que el uso de estas técnicas no está exento de riesgos para las mujeres que se someten a los distintos procedimientos tanto de diagnóstico como de tratamiento, así como también pueden causar riesgos tanto al embrión o feto, como a las mujeres que logran la gestación. Diversas/os autoras/es (Tubert, 1991; Cambrón, 2001; Martínez, 2006; López, 2009), concluyen que las tasas de embarazos múltiples, partos pretérmino, bajo peso al nacimiento y alta mortalidad perinatal inmediata son más altas en estas técnicas cuando se comparan con la concepción natural, lo cual ampliaremos en próximos apartados.

Ahora bien, ¿son en verdad todos estos procedimientos una respuesta? A continuación intentaremos dar algunos aportes de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, sobre si el acceso a estas tecnologías son o no una respuesta, aporte que se hará desde la mirada del género, partiendo del hecho que *en las relaciones de Poder, nada es ingenuo... y tratándose del saber/poder médico, hegemónico y patriarcal-androcéntrico ... menos aún...*

Estadística y médicamente la infertilidad se presenta en la mayor parte de los casos, como indeterminada y, no obstante, sobre esa indeterminación se asienta la base de la justificación de las técnicas reproductivas. En la actualidad, los/as investigadores/as y médicos/as que trabajan en el campo de la fertilidad han tejido un discurso que si bien se encuadra en su consideración como patología, no obstante esa caracterización amplia, tiene un alcance diferente en la medida que pretende legitimar el uso de estas técnicas, y así contribuir indirectamente a fomentar la demanda para conseguir descendencia.

En este sentido, y como señala Ascensión Cambrón,

(...) ante la difusión mediática de la reproducción asistida, las parejas que casi habían olvidado su infertilidad recuperan viejos deseos procreativos

y se inscriben en listas de espera rápidamente saturadas (...) Es el discurso médico el que articula esa demanda, enlazando con pulsiones preexistentes sin articular y generando expectativas en las parejas con problemas, trazando las prioridades, las formas de tratamiento y lo que es también importante, definiendo la “infertilidad/esterilidad”. Obviamente esta definición es convencional, imprecisa y arbitraria aunque de ella se desencadenen consecuencias psicológicas y normativas de gran relevancia. (2001: 3)

De allí que es interesante considerar lo que ha sido publicado en algunos informes científicos hechos desde el paradigma cuantitativo positivista, pero del cual se pueden hacer algunos análisis desde la mirada del género, como por ejemplo la revisión realizada por Pandian y col., (2012) en la cual se revela entre otros aspectos, que un tratamiento como lo es la Fertilización In Vitro (FIV) no es más eficaz que otros tratamientos para los casos de infertilidad de causa desconocida, y que por tanto, la FIV no debería ser la primera opción, y se debería preferir otros tratamientos menos invasivos.

También se ha señalado que muchas de las parejas que recurren a la FIV podrían concebir de modo natural con solo esperar un poco más, pues ha sido la ciencia médica la que ha establecido los límites para definir a la infertilidad como una enfermedad, en función del tiempo en el que se espera debería ocurrir un embarazo. En términos médicos, la infertilidad es una definición funcional sobre la incapacidad para concebir al cabo de doce meses sin protección anticonceptiva. Sin embargo, según un estudio de David Dunson y col., (2004), se ha encontrado que si bien es cierto que con el avance de la edad decrecen las posibilidades de lograr la concepción tanto en hombres como en mujeres, aun en los casos más difíciles, se han logrado embarazos en el plazo de dos años, en nueve de cada diez casos, lo cual contradice lo que hasta una organización internacional tan importante como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado al respecto.

Esto ha llevado a que desde algunos grupos feministas se señale, cómo el asesoramiento sobre infertilidad al estar en manos de la misma industria reproductiva, exagere los problemas de infertilidad (e inclusive desde nuestra perspectiva, deja abierta la posibilidad de que puedan existir errores –ya sean involuntarios o no– en los diagnósticos o tratamientos de infertilidad), y que estas exageraciones (o errores) sobre el crecimiento de la infertilidad crean inquietud en las parejas, y las arroja en brazos de las clínicas de fertilización asistida, al no lograr la concepción durante ese tiempo que la ciencia médica ha indicado debería ocurrir. Esto es algo bueno para las clínicas de fertilidad, por supuesto, pues cuantas más parejas fértiles –que con el tiempo podrían haber concebido de modo natural– acudan a los tratamientos de fertilización asistida, mejores serán sus tasas de éxito, lo que dará mayor y mejor publicidad a sus procedimientos.

Al respecto señala Abboud Amin, que el sector de la fecundación artificial explota la ansiedad de sus clientes, y afirma que

"Todo el sector de la reproducción asistida ha sido descrito como una especie de Salvaje Oeste combinado con el mercantilismo americano y el "marketing" moderno. Ahí están unos individuos muy profesionales voceando su mercancía –sus tasas de éxito, su tecnología último modelo– a esa muy sensible clientela de parejas infértiles dispuestas a intentar casi cualquier cosa y a pagar casi cualquier precio por tener un niño". El debate, se suele centrar en cuántos ciclos de Fertilización in Vitro (FIV) hacen falta para que una mujer quede encinta; pero "la verdadera cuestión es cuántas mujeres concebirían de todas formas sin recurrir a la FIV". (Observatorio Bioética, 2005: 11).

Con respecto a esto, es necesario agregar que el modelo médico hegemónico continúa concibiendo a la infertilidad como un trastorno puramente físico, cuya solución está a la espera de la terapéutica médica o quirúrgica adecuada, aun cuando se ha tenido que reconocer que las parejas infértiles experimentan alteraciones emocionales importantes y su impacto puede llegar a ser peor sobre la función y satisfacción sexual. Sin embargo, los/as médicos/as especialistas en

reproducción no se ocupan de los obstáculos psíquicos de las mujeres. No consideran en general, razones emocionales como las causas de la infertilidad.

Pero como señala Silvia Tubert (1991), no se trata de sustituir la causalidad orgánica por la psíquica, como lo hace la tendencia que habla de esterilidad psicósomática o psicógena, sino de tomar la infertilidad como un verdadero *síntoma* que, por el hecho de situarse en el cuerpo, no deja de ser menos enigmático. Esta misma autora señala al respecto:

Los tratamientos médicos localizan en los órganos reproductores la sensación de inquietante extrañeza o de angustia que produce la esterilidad: mediante investigaciones cada vez más complicadas se penetra, se examina y se manipula un cuerpo en el que se busca una respuesta a un desconocimiento imposible de soportar. En efecto, estamos ante un síntoma silencioso que no designa ninguna región dolorosa del organismo, **en tanto el único sufrimiento que aparece es el psíquico** ; no alcanzamos a saber en qué nivel se encuentra el obstáculo. (1991: 154).

\*Las negrillas son nuestras

Esta afirmación desmonta por completo lo que declara la ciencia médica en relación con la infertilidad. En este sentido señala esta autora que no nos hallamos de ninguna manera, ante una *enfermedad*, puesto que la infecundidad se pone de manifiesto como síntoma, sólo en la medida en que aparece un proyecto de concebir: “se trata entonces de la imposibilidad de satisfacer un deseo”. Tal como lo describe Francisco Ballesta (2011), se trata entonces de una “*medicina del deseo*”, en tanto que el problema está en la falta de objetividad que genera la enfermedad del deseo insatisfecho.

A propósito de este desmontaje, este autor señala que

Cuando tratamos de definir la esterilidad, además de encontrar dificultad para hacerlo, solemos hacer una relación con los conceptos de salud y enfermedad. Como la esterilidad está relacionada con el funcionamiento de nuestro organismo, concluimos que debe tratarse de una enfermedad, o por lo menos de algo muy cercano (...) Un análisis detenido de la realidad de la esterilidad nos permitirá concluir que esta forma de

considerarla no es del todo adecuada (...) la difusión de una concepción errónea de la esterilidad obedece a la presión de los intereses científico-tecnocráticos ligados a las técnicas de reproducción asistida (TRA). Alimentando un falso concepto de esterilidad-enfermedad, las TRA logran aceptación social y facilidad para su difusión. (2011:23).

En general se tiende a evitar la discusión sobre si la esterilidad/infertilidad es o no una enfermedad, adjudicándole al tema una complejidad que tan sólo es ficticia, y es derivada de la introducción de otros elementos tales como las valoraciones culturales y la subjetividad de las personas. Carlos Lema (1999) sostiene: "Que algo sea una enfermedad o no, es imposible determinarlo atendiendo sólo a su naturaleza. Es preciso además una valoración cuyo resultado depende de circunstancias históricas, sociales, culturales e incluso personales" (p. 172). Si tal es la dificultad, mal se puede comprender la conclusión de si efectivamente la esterilidad/infertilidad tal y como se conceptúa clínicamente, es más un síntoma que una enfermedad.

La confusión sobre el concepto de esterilidad/infertilidad proviene de las peculiaridades que tiene la reproducción con relación a cualquier otra función. La mayoría de los órganos implicados en la reproducción pueden dejar de funcionar sin causar ningún trastorno. La persona puede ser estéril/infértil y no darse cuenta de ello jamás, pues la esterilidad/infertilidad sólo se manifiesta cuando se busca la descendencia. Esta persona vivirá toda su vida tranquilamente, sin ninguna limitación física o psicológica, sin sospechar siquiera que es estéril/infértil y, evidentemente, sin morir a causa de la esterilidad. Es más, la esterilidad se produce fisiológicamente en la mujer a partir del climaterio, sin que a nadie se le haya ocurrido "todavía" llamar enfermedad a la menopausia.

Otro punto interesante en estas consideraciones es que las funciones de los órganos implicados en la reproducción son funciones cuyo resultado no se queda en la

persona misma, sino que lo trascienden. De lo dicho anteriormente se deduce que no se pueden usar las mismas categorías (salud y enfermedad) que se usan para clasificar las disfunciones de cualquier otro órgano del cuerpo humano, que las referidas a los trastornos derivados del mal funcionamiento de los órganos reproductores, debido a las implicaciones sociales y culturales que se derivan de ello, lo que ya hemos venido comentando a lo largo de nuestra narrativa.

## ***El poder económico detrás de la fertilización asistida***

*Detrás de miles de mujeres que luchan por ser madres,  
se esconden vinculaciones políticas y económicas.  
Dora Cardaci*

Los proyectos globalizadores del capitalismo contemporáneo apuntan hacia la conformación de una estructura económica y cultural en el ámbito planetario altamente jerarquizada y excluyente, donde predominan de manera creciente los intereses y valores de las grandes empresas multinacionales. La descontextualización de los referentes valorativos y la deconstrucción de las identidades, se ocultan en la ideología globalizadora del neoliberalismo bajo la máscara de una nueva construcción de símbolos y valores, multicultural y diversa. Sin negar, claro está, que dicha diversidad cultural debe subordinarse totalmente al mandato soberano del mercado. Esta globalización neoliberal se presenta como una forma moderna de relaciones patriarcales-androcéntricas.

El sistema médico es una de las fuerzas institucionales de ese capitalismo, y como tal, es guiado por el negocio de la medicina. Los hospitales y clínicas, los seguros médicos, las compañías farmacéuticas, y para el tema que abordamos especialmente, las tecnologías de la reproducción asistida, se han convertido en grandes industrias cuyos intereses giran en torno a las ganancias. La metáfora que alude a que “la medicina es ciencia”, esconde el hecho que la medicina es un negocio, y su avance se apoya en tres aspectos fundamentalmente que se han enarbolado como universales: que la medicina occidental es la mejor; que el/la médico/a sabe qué es lo mejor para la persona usuaria y que el uso de procedimientos invasivos y de tecnologías caras no deben ser cuestionados.

Esta metáfora de cientificidad de la medicina está basada además en los métodos reduccionistas que promueven otra metáfora para tratar al cuerpo, “el cuerpo como

máquina”. Esta metáfora sugiere que el cuerpo puede ser separado en partes y que al hacer eso las partes rotas pueden ser arregladas. Se trata a las partes enfermas sin entender y menos facilitar la capacidad natural que tiene el cuerpo de sanar. La enfermedad es vista como algo que se trata desde afuera, justificando de esta manera los tratamientos agresivos y el desarrollo de químicos que son dirigidos a las distintas partes del cuerpo, siendo minimizados los efectos que causan sobre las demás partes del cuerpo. Este concepto desde una perspectiva de género, visibiliza cómo desde el patriarcado-androcentrismo, fue creado un sistema único monolítico que prohibió otras prácticas de sanación y curación y que sometió a las mujeres a trabajos de sumisión en relación a ellos. Así, y en relación con el tema que hemos venido desarrollando, es imposible negar cómo desde el poder económico de la ciencia médica, se hacen grandes negocios con los cuerpos de las mujeres.

Como señala Jessie Blanco

(...) no hay otro lugar en el cual las mujeres vivamos las discriminaciones por razones de sexo, que no sea el CUERPO. Ya lo dijeron otros y otras al señalar que “todo orden político se produce conjuntamente con un orden corporal.” En el caso del capitalismo, que impone una subordinación moral y material en los usos sociales del cuerpo que favorece la alienación, es claro observar el lugar que ocupan nuestros cuerpos como producto mercantil, no sólo en el ámbito de lo real, sino sobre todo de lo simbólico, donde se tejen los hilos invisibles que sostienen y permiten mantener esa eficacia en la dominación milenaria del sistema patriarcal. (2009: 67).

En relación con este control que ejerce la ciencia médica sobre el cuerpo femenino, hay que destacar que la mayoría de las clínicas o centros en los que se practican estas técnicas de fertilización asistida, lo hacen de manera privada, y esta práctica privada implica costos económicos altísimos en contraposición con los bajos porcentajes de éxito (Gamboa Bernal, 2016). Por ello, existe la percepción bastante cierta de que estos centros de reproducción asistida obtienen jugosos dividendos por prácticas que no necesariamente garantizan el ansiado éxito.

Por otra parte, desde la perspectiva que entrelaza los diversos aspectos del desarrollo de cualquier tecnología, tenemos que considerar que las tecnologías de reproducción asistida se han convertido para médicos/as, biólogos/as, farmacéuticos/as, entre otros/as profesionales, en un punto de investigación biomédica fundamental, en el que se ha producido un importante incremento de inversiones económicas dedicadas a diversos programas de investigación en esta materia. Dicha inversión va unida al espectacular avance y desarrollo tecnológico en reproducción asistida, tanto de forma cuantitativa (al incrementarse el número de centros de fertilidad especializados en investigación e implementación de TRHA) como cualitativa (al renovarse las ofertas médicas y existir otras posibilidades de ejercicio de la medicina).

Al respecto señala Mari Luz Esteban que

La crítica cultural que actualmente se hace desde la antropología de la salud al modelo biomédico, considera que la hegemonía de la también llamada medicina occidental, científica o alopática, tiene que ver menos con progresos técnicos que con estrategias corporativas llevadas a cabo por los profesionales médicos (...) en esta dinámica, han sido fundamentales los pactos que se han ido haciendo con las burocracias estatales, que han tenido como fin la exclusión administrativa y jurídica de cualquier otra alternativa, y la recuperación para el propio sistema de aspectos solventados previamente por el autocuidado. (2003: 35).

En este sentido, una de las críticas más importantes que se hace desde los estudios feministas, es la denuncia de la ausencia de políticas públicas de salud dirigidas a las mujeres, que permitan educación y atención en salud sexual y reproductiva desde la infancia, y otra crítica de gran relevancia es la que se refiere a las múltiples inequidades basadas en el género (así como la raza, la clase social y la nacionalidad) que aparecen con los procedimientos de fertilización asistida; donde se devela la invisibilización de la infertilidad de los sectores más pobres de la población. En la mayoría de los países, la reproducción asistida como ya se ha mencionado, se practica primordialmente en el ámbito de la medicina privada, por lo que sus altos

costos marcan un acceso diferenciado a la atención de la infertilidad, especialmente cuando se deben utilizar técnicas de alta complejidad.

Fernando Zegers nos comenta a propósito de esto, que

Al igual que en otros temas de salud, existe una gran diferencia en el acceso a tratamientos de fertilidad entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. Mientras Dinamarca, Suecia o Australia realizan entre 17.000 y 23.000 procedimientos de reproducción asistida por millón de mujeres en edad reproductiva, en Brasil, Chile y Argentina, se realizan entre 560 y 1.400 procedimientos. Esto no se debe a que los países Latinoamericanos sean en general más fértiles; la razón fundamental es que en países americanos, las parejas infértiles reciben un nulo o escaso apoyo económico de los sistemas de salud por sus gastos en tratamientos de infertilidad. Así, sólo una pequeña proporción de parejas infértiles pueden pagar los elevados costos, a diferencia de países Europeos, Australia, Israel y otros, en los que el acceso a tratamientos para mejorar la salud reproductiva, está garantizado como un derecho de la población al cual todos tienen acceso por igual. (2010: 475)

De este modo, se ha argumentado que el acceso a las TRHA en sus diferentes variantes ha estado restringida durante largo tiempo, principalmente a parejas heterosexuales, blancas, unidas en matrimonio formalizado o en uniones estables y singulares, y de clase media en los países ricos y a las clases altas en los países pobres, y las pocas reglamentaciones que existen al respecto, en el ámbito mundial, apuntan a mantener esta inequidad, pues siguen basándose en este patrón.

Parafraseando a Caridad Valdés (2017), el principio de no discriminación debe ser la brújula para regular legalmente el acceso a las TRHA, pues si las consideramos como integrantes de los derechos sexuales y reproductivos que permiten decidir cuándo y cómo reproducirse, y del derecho a la vida privada y familiar que tiene toda persona, como parece más razonable y a tono con la evolución social actual, se podría acceder a ellas con independencia de cualquier patología o diagnóstico, sin que sea relevante la orientación sexual ni la situación económica de las personas o parejas que decidan optar por ellas.

En este orden de ideas, otro aspecto a tener en consideración, es que si bien es cierto que la infertilidad ha sido catalogada como una enfermedad por la ciencia médica, cabe la interrogante entonces: ¿Por qué no es cubierta por los seguros médicos en la mayoría de los países, entre ellos Venezuela?

Por muchos años, la infertilidad fue considerada como un estado social y no una enfermedad. En diciembre de 2008, un grupo de organizaciones internacionales agrupadas bajo los aleros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un glosario que contiene las terminologías oficiales usadas en medicina reproductiva. Allí quedó establecida por primera vez, la infertilidad como una “enfermedad del sistema reproductivo” definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Definida como una enfermedad, el acceso y la cobertura económica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos debieran ser cubiertos por los sistemas de seguro de salud públicos y privados al igual que cualquier otra enfermedad, sin embargo esto no ocurre.

Al respecto señala Fernando Zegers (2010) al hacer el análisis de este aspecto desde una mirada más bien ubicada en el ámbito biomédico pero destacando las inequidades desde la ética, que

(...) los proveedores de seguros de salud no debieran eludir la responsabilidad de cubrir los costos de esta “enfermedad”, sobre todo porque ésta es una enfermedad impredecible que afecta a un 10% de la gente joven que son mayoritariamente quienes mantienen la economía de estas instituciones. (2010: 476).

Finalmente, otro aspecto de importancia a considerar, es que aproximadamente un tercio de los costos de estos tratamientos de reproducción asistida, son invertidos en las drogas usadas para estimular hormonalmente la ovulación. Con frecuencia, los médicos responsables de indicar estos medicamentos, establecen convenios con

las empresas farmacéuticas proveedoras, las cuales compensan a los médicos que prescriben sus productos a través de apoyo a su formación académica o directamente mediante beneficios económicos. Esta práctica que está muy difundida en el ámbito mundial, y especialmente en Latinoamérica, genera suspicacias, ya que el médico actúa como intermediario entre el consumidor (en este caso la paciente), y el fabricante (la industria farmacéutica). La mayor parte de las veces esta paciente es vulnerable y desconoce de esta relación del médico con la industria farmacéutica.

En este sentido, señala Ana Sánchez lo siguiente:

Es curioso que no existan análisis económicos de las tecnologías de reproducción asistida; análisis que debieran atender un doble aspecto: (a) que los tratamientos en general son muy costosos a lo que se añade el elevado número de fracasos (un 70 a 80%). Es decir, que en las clínicas privadas te cobran elevadas tarifas sin garantizarte el éxito del tratamiento; y (b) que las hormonas utilizadas en el proceso de estimulación también son muy costosas. Por ello debieran realizarse análisis y control de las industrias farmacéuticas. No podemos olvidar que los más importantes laboratorios que elaboran las hormonas utilizadas (...) patrocinan al mismo tiempo publicaciones, encuentros y congresos (...) en los cuales encontramos los nombres de los médicos, institutos y clínicas privadas más prestigiosos. (2005: 528).

De allí que sea de gran importancia la incorporación de los valores éticos en el ejercicio de la medicina reproductiva, a fin de que sean considerados los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que decidan o no acceder a estos tratamientos, de manera voluntaria, en pleno conocimiento de las ventajas, desventajas, riesgos y beneficios de los mismos, y sin ser objeto de ningún tipo de discriminación o explotación económica.

## Implicaciones éticas y bioéticas de la reproducción asistida: Debates en ciernes

*Los científicos deben dejar de fingir que creen en una investigación neutra y en que solo sus aplicaciones pueden ser calificadas de buenas o malas... las opciones de carácter ético deben anteceder al descubrimiento.*  
Jacques Testard

Se entiende por ética el nivel en el que se logra una consideración producto de la reflexión sobre nuestras creencias y prácticas morales, evaluando y proveyendo la base teórica para valorar el por qué algo es bueno o malo. Por su parte la bioética estudia la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida. En este sentido, si bien la ética, se aplica con base en los valores morales de la cultura o de la civilización para encontrar normas que deben regir la conducta para un grupo humano; entonces, la ética médica se refiere al análisis de las decisiones en la medicina, y encierra en sí misma el respeto a la dignidad humana. (Morales y col., 2011).

Ahora bien, en relación con la esterilidad/infertilidad, evidentemente, existe una línea divisoria entre las actuaciones encaminadas a tratarla interviniendo en sus causas, y las técnicas encaminadas a generar embriones y transferirlos al útero. Esa línea divisoria entre curar/paliar y generar artificialmente el/la hijo/a mediante cualquiera de las técnicas, la traza la ciencia.

En relación con esto es necesario considerar varios aspectos. En primer lugar, en la medicina de la fecundidad los pacientes son el hombre y/o la mujer que quieren hacerse mutuamente padres/madres. Pero tratándose de la transmisión de la "vida", el/la hijo/a es otra persona que, sea como fuere la forma y el modo con que llega a la vida, es un ser humano. Los actos médicos que tratan la infertilidad no terminan en los padres/madres, ya que el éxito de la actuación médica está en que ellos puedan engendrar un/a hijo/a, por lo que el tratamiento en sí de la infertilidad,

ha de mirar a que las intervenciones van a generar a un nuevo ser humano, y que por tanto las mismas no deben causar riesgos a su salud.

Por otra parte, en el caso de la aplicación de las TRHA, han surgido muchas controversias tanto genéticas como ontológicas, desde diversas comunidades (religiosas, sociales, científicas, entre otras) en relación con el hecho de que uno de los “sujetos humanos” sobre quien “actúa” el saber/poder médico, es justamente el/los embrión/es que se produce/n *in vitro* con los gametos humanos. Dichas controversias solo podrían ser resueltas, en el ámbito legal, para lo cual las sociedades deben abrir el debate con una mirada amplia, a fin de establecer desde el punto de vista ético y bioético, si en efecto estos embriones son o no sujetos de derechos, lo cual implica desarrollar las bases legales sobre todo lo relacionado con los procedimientos de generación, selección, transferencia, criopreservación y descarte de estos embriones.

En este sentido, diversos grupos han señalado que no se puede dejar de lado el hecho de que el equipo de profesionales dispuestos en estos centros de fertilidad (biólogos/as, embriólogos/as, médicos/as, ginecólogos/as y técnicos/as de laboratorio), son productores de embriones que buscan dar respuesta técnica a la infertilidad, por lo que con la lógica de la producción (cual si fuese una fábrica), los embriones se generan en exceso para poder seleccionar los más “aptos”; se experimenta en ellos para probar su cultivo, anidación, etc., sin importar cuántos quedan en el camino, sino cuantas mujeres o parejas consiguen el embarazo, o el/la hijo/a nacido/a. Se cumple así que lo producido se presente como destructible, esa “vida” que se está generando en un laboratorio es fácilmente manipulable, y esos embriones ya formados pueden ser descartados.

Como señala Silvia Tubert

El nacimiento de un niño puede adquirir los rasgos de la fabricación de productos industriales, de tal manera que evacúa la sexualidad y reduce la paternidad/maternidad a un factor meramente genético. Se puede programar, controlar los cuerpos y su funcionamiento en favor de la eficacia, pero todo esto conduce a la des-subjetivización, a la alienación, a la ilusión de satisfacer los deseos a escala industrial, a la abolición de la palabra, del símbolo, de la temporalidad, es decir, de todo aquello que nos hace humanos. (1991:278).

Ahora bien, si se transfieren los embriones, y el número de ellos que consiguen anidar en el útero materno son excesivos, lo que a su vez pone en riesgo la viabilidad de todos ellos y la salud de la propia madre, entonces el equipo médico le sugiere a la mujer o pareja la conveniencia de efectuar “una reducción embrionaria”. Este es el nombre eufemístico que técnicamente utiliza el equipo médico para llamar en este caso al aborto terapéutico; evidentemente si la mujer no acepta esa “reducción” de los embriones entonces tendrá lugar un embarazo múltiple con los consiguientes riesgos para la salud de la mujer y problemas para los embriones que tras el embarazo pueden nacer como criaturas no viables... todo esto nos hace reflexionar sobre cómo aún hasta nuestros días se sigue satanizando el aborto... en la mayoría de los países del mundo se impide el desarrollo de políticas de salud sexual y reproductiva así como un marco regulatorio en materia de aborto porque la sociedad, las instituciones religiosas, entre otros, lo cuestionan, sin cuestionar lo que hace la industria (negocio) de la fertilidad... pero esto es tema para otro análisis.

En este orden de ideas, otro aspecto a tener en cuenta con estas técnicas es la perspectiva de la eugenesia que se desprende de ellas. Este concepto fue formulado por Francis Galton en 1883 (Tubert, 1991: 262) y se refiere a la posibilidad de mejorar el patrimonio hereditario, lo cual supone el perfeccionamiento del género humano a través del reemplazo o eliminación de razas inferiores por las superiores. Desde este punto de vista, las TRHA transforman la reproducción en producción, a tal punto que podría permitir la manipulación genética, con miras a crear embriones

de mejor calidad, o inclusive con la posibilidad de selección del sexo. Otro aspecto abierto a la reflexión...

Por otra parte, es necesario considerar también, que las relaciones filiales familiares son profundamente humanas y necesarias para las personas. Esta percepción es compartida por quienes profesan los más diversos credos y muy diferentes convicciones ideológicas. En este sentido, existen también amplias controversias en relación con la donación de gametos para las TRHA (Zegers, 2010), que involucran interrogantes como: ¿Qué derechos tienen los/las niños/as nacidos/as de tener acceso a la identidad genética de los/as donantes? ¿Qué tan ética es la venta de material biológico?, ¿Cómo deben ser los incentivos económicos con que se compensa a los/as donantes de gametos?, ¿Qué responsabilidades deben existir para salvaguardar la salud de los/as donantes?, entre otras relacionadas con el uso de TRHA en parejas homosexuales o incluso, en solitario. Algunos grupos afirman en relación con esto, que la paternidad-maternidad biológica ignorada por los donantes de gametos, el comercio de óvulos y el turismo reproductor, es en sí mismo un aviso de la dilución de las relaciones naturales familiares... esto también es objeto de análisis y reflexiones profundas... que deben ser abordados con perspectiva de género.

Al respecto, otro de los dilemas éticos que se presenta con las TRHA es lo que se refiere a la maternidad subrogada. Para algunos grupos feministas (López y Aparisi, 2012: 257), la maternidad subrogada es un proceso con gran potencial de daño, una “granja de la fertilidad” en la que se utilizan máquinas humanas a cambio de una compensación económica, lo cual implica en realidad, una nueva forma de sometimiento.

A propósito de lo que hemos venido desarrollando en este capítulo, nos permitimos citar algunas reflexiones de Silvia Tubert, que hacen alusión a este respecto:

Actualmente un niño puede nacer con el aporte genético de una tercera persona cuya identidad jamás conocerá; dos gemelos pueden nacer con varios años de distancia; una mujer puede parir un niño que no ha concebido o que ha concebido con el esperma de un hombre muerto; un niño puede tener hasta cinco progenitores (madre ovular, gestante, social, padre genético y social); una abuela puede gestar al niño concebido por su hija y su yerno. El peligro es que perdamos nuestra capacidad de sorprendernos ante noticias como ésta: ... “celebraron en Barcelona que se ha conseguido el embarazo de ocho mujeres parapléjicas”, pero nada dicen del destino ulterior de estos embarazos... ¿A quién beneficia realmente todo esto? ¿A dónde puede conducirnos?... Sin duda alguna, el reconocimiento de las diferencias individuales, de la libertad y del derecho a elegir de cada uno, no pueden eximirnos de la exigencia ética de cuestionar estos procedimientos y de reflexionar sobre las perspectivas que abren para la humanidad en su conjunto. (1991: 265).

Finalmente dejamos abierto el debate sobre lo que implican las TRHA en relación con el amor y el goce-disfrute de la sexualidad. Como se ha evidenciado, con el uso de las TRHA se pierde el carácter íntimo e interpersonal del proceso de gestación. No se procrea tras un relación sexual, fruto del amor de dos personas, sino que esa reproducción es, como ya se ha indicado, resultado de la técnica (se realiza sin acto sexual, en soledad, en la camilla de una clínica, etc.). Desde el punto de vista de las relaciones interpersonales y el fomento del amor, este es un aspecto que también requiere de análisis y reflexión.

De allí que desde el punto de vista ético y bioético, el límite de todo avance científico debe ser fundamentalmente la dignidad de las personas y esto se logra a través de la legislación en cada país. El vacío legal existente en muchos países (entre ellos Venezuela) y el lento avance que se ha visto en la regulación de esta materia, nos mantiene en una especie de letargo jurídico. Nuestros legisladores deberían tener en cuenta a la hora de elaborar sus proyectos de ley, que la aplicación de las TRHA, en particular las extracorpóreas o *in vitro*, constituyen actos a los cuales se les debe poner límites, y porque el tema principal es la vida de las personas, las

propuestas deberían reflejar el bien mayor para las generaciones presentes y futuras.

No cabe duda que ante estos temas se debe reflexionar y siempre tener como límite para todos nuestros actos, el respeto a la vida y a la dignidad de las personas. Como señala Silvia Tubert

No hay marco jurídico ni ético para las Nuevas Tecnologías de la Reproducción. El derecho a elegir no puede justificar el desarrollo de unas tecnologías que comprometan a la humanidad en su conjunto, en la medida en que afectan no sólo al individuo sino también a la sociedad, a la economía, a la cultura y, por tanto, a nuestro estatuto como seres humanos. (1991: 270).

## **Consecuencias de las Técnicas de Reproducción Asistida. ¿Una cuestión de bioética?**

*No solo en el caso de la reproducción, relativamente nuevo,  
la investigación médica carece de límites...  
Silvia Jubert*

Desde la perspectiva de género, cabe considerar lo que podría ser un problema de salud pública, pero que es invisibilizado en virtud del androcentrismo existente tanto en el discurso social como en el discurso médico, lo cual imposibilita que pueda pensarse que los cuerpos de las mujeres que se someten a procedimientos de reproducción asistida, se convierten en “lugares de intervención pública”, para dar cumplimiento de lo que se dice está inscrito en la naturaleza femenina: “la maternidad”, y en consecuencia, ello impacta en los/as hijos/as que puedan nacer por el uso de estas tecnologías. En este sentido, a continuación haremos una breve mención a los riesgos que se derivan de estas TRHA.

Las "tecnologías para la reproducción humana asistida" (TRHA) como ya fue mencionado, incluyen en general cualquier terapia dirigida a “mejorar” (según la ciencia médica) las oportunidades de concebir de una pareja estéril/infértil. En 1978 hizo su debut una de estas tecnologías, con el nacimiento de Louise Brown, gracias a la fecundación in vitro (FIV) de su madre. Aunque en un principio parecía sencillo combinar espermatozoides y un óvulo en una placa de Petri, ahora sabemos que dista mucho de ser simple. Muchos de los procedimientos son cuestionables, y muchos de los fármacos utilizados en estos procedimientos ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Como no se han realizado estudios a largo plazo, los riesgos que implican para las mujeres y sus hijos/as son todavía desconocidos (Nobrega y Camacaro, 2014).

Las estadísticas indican que 1 de cada 6 mujeres en edad reproductiva acudirá en algún momento de su vida a tratamientos para la infertilidad, y las tasas van en aumento en la medida en que más mujeres retrasan el momento de tener hijos/as. La fertilidad disminuye después de los 30; al llegar a los 40, enfermedades crónicas tales como la endometriosis han tenido ya tiempo de avanzar hasta un estado que provoca infertilidad. Otras causas de infertilidad, como los quistes de ovario y el deterioro de las trompas a consecuencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), también aumentan a una velocidad alarmante, lo cual como ya se discutió previamente, es producto de la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva que atiendan a la mujer desde las primeras etapas de su vida. (Florencia Luna, 2013).

Como resultado de lo anterior, cada día más mujeres acuden a las TRHA para poder tener hijos/as. La fecundación *in vitro* es un negocio que mueve millones de dólares al año, como ya fue discutido en un apartado anterior. En los Estados Unidos han nacido más de 150.000 niños gracias a las TRHA a que se sometieron sus madres. Pero, ¿es ésta una decisión prudente? La fertilización *in vitro* está controlada por el sector privado, y prácticamente sin ningunas restricciones. La FDA (Agencia Federal para Administración de Alimentos y Medicamentos) a menudo aprueba fármacos cuyos efectos a largo plazo no han sido determinados, y deja al criterio del/la médico/a, el uso "fuera de la etiqueta" de medicamentos en el tratamiento de síntomas para los cuales no han sido aprobados. Como no existe una agencia reguladora que supervise esta industria, las mujeres son tratadas como objetos de estudio, y se les suministran fármacos que representan un riesgo desconocido (Nobrega y Camacaro, 2014).

A continuación, desarrollaremos de manera más detallada los riesgos que se derivan tanto para las mujeres gestantes como para los/las hijos/as nacidos/as, como consecuencia de las Técnicas de Reproducción Asistida.

- *Riesgos en la salud de las mujeres que se someten a TRHA*

En virtud de la construcción socio-simbólica de la maternidad/infertilidad y de la presión social que se ejerce a través del imaginario colectivo, las mujeres acceden a la propuesta que la ciencia médica pone a su alcance, causando en muchos casos daños a sus propios cuerpos, aun a pesar de saber que son cuerpos que están sanos, sin embargo, se someten a traumáticos, dolorosos y costosos tratamientos-procedimientos, solo por lograr el “mandato social de la maternidad”, aun cuando es conocido que estadísticamente la posibilidad de lograrlo con éxito es bastante baja o que las consecuencias podrían ser irreversibles. Tal y como nos lo señala Florencia Luna (2007): *“el deseo de acceder a la reproducción asistida es producto de una nueva forma de manipulación ideológica de las mujeres.”* (p. 39). En este sentido, entre los riesgos derivados de los procedimientos a los que se someten las mujeres en las TRHA, se destacan los que derivan de la estimulación para la producción de óvulos y los que se derivan de la aspiración de óvulos, así como también los riesgos a nivel obstétrico.

En el caso de la estimulación ovárica, paso imprescindible en estas técnicas, algunas mujeres (aproximadamente un 1%) presentan el Síndrome de Hiperovulación o Hiperestimulación ovárica. Este síndrome se debe a una excesiva respuesta a las gonadotropinas exógenas (hormonas suministradas) para lo cual no existe un test predictivo de sensibilidad riguroso que permita ajustar la dosis individualmente. La forma severa de este Síndrome se caracteriza por un masivo crecimiento del ovario, fallo renal, distrés respiratorio y fenómenos tromboembólicos.

La estimulación ovárica puede dar lugar también a la aparición de quistes que a su vez ocasionen la esterilidad irreversible e incluso aunque las hormonas no inician directamente la formación de tumores, pueden actuar como inductores en el proceso de carcinogénesis. Hay referencias concretas sobre el desarrollo de tumores cancerosos en mujeres que tomaban clomifeno (sustancia utilizada para estimular la ovulación) (Tubert, 1991:234). En contraposición, el éxito que proporcionan estos tratamientos para estimular la ovulación, son más bien escasos, pues aunque se obtiene la ovulación en un 80% de casos, el embarazo solo se logra en un 30 o 40% (Tubert, 1991:227).

En el segundo caso, cuando ya se ha producido la ovulación, la aguja de aspiración para obtener los óvulos, puede producir lesiones en los órganos pélvicos provocando hemorragias, lesiones e infecciones en las estructuras pélvicas; así como ruptura de quistes endometriósicos e incluso osteomielitis vertebral. Se considera que este es el momento más peligroso del proceso. Y, a pesar del secretismo que envuelve a estas prácticas en los centros sanitarios, se sabe que en esta fase de la FIVET han muerto algunas mujeres (Cambrón, 2001; Tubert, 1991).

Por otra parte, a nivel obstétrico, destaca la posibilidad de que ocurran embarazos múltiples (debido a que en estos procedimientos, especialmente en la FIVET, son transferidos al menos 3 embriones en cada intento), lo cual tiene importantes riesgos de salud tanto para la madre como para los fetos, y normalmente desemboca en un parto prematuro. Además, se ha observado que el uso de TRHA ha provocado un aumento en la incidencia de embarazos ectópicos, placenta previa, riesgo de aborto en un 25% de los casos (Tubert, 1991:227) y embarazo pre-término.

Todo lo anterior hace evidente que son fundamentalmente las mujeres las que sufren los tratamientos e intervenciones para combatir la infertilidad. Ellas son las

que experimentan los riesgos de esas intervenciones: enfermedades iatrogénicas, el síndrome de hiperestimulación ovárica, las infecciones pélvicas, los embarazos ectópicos, los embarazos múltiples, la reducción embrionaria y, por último las cesáreas. Sus cuerpos se convierten en “lugares de intervención pública” para tener descendencia y también para otros fines como, por ejemplo, el perfeccionamiento de las técnicas reproductoras mismas. Y, son además las mujeres las que específicamente sufren las presiones psicológicas que acompañan dichos tratamientos.

- *Riesgos en la salud de los/las niños/as nacidos/as por TRHA*

En 1995 se publicaron los estudios del Medical Research Council (López Moratalla, 2012), que recogían los datos del primer año de vida de los/las niños/as nacidos/as por técnicas de reproducción asistida desde 1978-1987. Los/las niños/as procedentes de procedimientos de fertilización in vitro, cuando se compararon con los concebidos naturalmente, presentaban un aumento de malformaciones congénitas graves, aumento de secuelas neurológicas, como retraso mental y graves defectos de visión y un riesgo elevado de prematuridad que supone el nacimiento de niños/as de bajo peso. En cifras globales un 10% de los/las niños/as nacidos/as por fertilización in vitro presentaban disfunciones.

Actualmente, los datos sugieren que la causa principal es, por una parte, el estado de los gametos, debido a la inmadurez de los mismos. Es sabido que la hiperestimulación ovárica deja los óvulos inmaduros, con defecto de su diferenciación. Por otra parte, la infertilidad tiene como causa principal el factor masculino, y de ella sólo el 1% es por fallo endocrino, el resto se debe a alteraciones genéticas, especialmente del cromosoma Y, que pasa a los hijos varones, y que se acompaña de errores epigenéticos en el desarrollo embrionario.

En este sentido, el requerimiento de estimulación ovárica, con sus posibles alteraciones de la impronta parental o genómica, y las alteraciones de los espermatozoides, potencian una combinación del genotipo parental deficiente para el complejo desarrollo embrionario del embrión generado, lo cual también se debe en muchos casos a que los espermatozoides no requieren poseer capacidad fecundante ya que al ser introducidos directamente al óvulo lo fecundan, aun cuando su estado sea deficiente. Así, existen cada vez más evidencias que indican que la aplicación de TRHA, suponen un riesgo significativamente elevado con respecto a las concepciones naturales, de presentación de anomalías fetales, que incluyen retraso de crecimiento y desarrollo, malformaciones, así como alteraciones cromosómicas y afectación de la *impronta genómica*. (Martínez Frías, 2006).

Otra de las causas posibles para explicar el riesgo aumentado de defectos fetales tras el uso de estas técnicas, es que en primer lugar, las propias causas de la infertilidad o subfertilidad en mujeres y hombres, pueden ya asociarse a un mayor riesgo de anomalías genéticas o cromosómicas transmisibles, y en segundo lugar, los embarazos generados por reproducción asistida difieren de los embarazos espontáneos en que los gametos y embriones se cultivan in vitro con medios de cultivo artificiales, se transfiere a la cavidad uterina más de un embrión, y el momento de dicha transferencia no es igual al que ocurre en condiciones normales. Es pues posible que la manipulación del embrión modifique la concurrente reprogramación epigenética de la expresión génica, lo que podría alterar la impronta e inducir cambios en el crecimiento y desarrollo fetal.

Al respecto, recientes observaciones sugieren una asociación entre reproducción asistida y errores epigenéticos, obtenidas desde registros de niños con síndromes de Beckwith-Wiedemann, Angelman y retinoblastoma. Aunque todavía no se han realizado estudios epidemiológicos controlados, los datos indican un riesgo de

cuatro a seis veces superior para cada una de las patologías citadas, en las concepciones realizadas por TRHA.

## **Salud Sexual y Reproductiva: Un derecho**

*El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los Derechos Humanos, constituye un avance en materia de reconceptualización de los Derechos Humanos.  
Naciones Unidas*

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”. La salud sexual y reproductiva es un área que aglutina importantes problemas de salud pública sobre-determinados por condiciones socioeconómicas estructurales, por lo que son también problemas sociales. Las necesidades de salud sexual y reproductiva abarcan: la educación sexual, información, comunicación y servicios integrales para promover la capacidad libre, consciente y responsable de decidir sobre la sexualidad y la procreación de manera voluntaria y sin riesgos, donde se plantea que la reproducción no es un fin último o elemento central (Nobrega y Camacaro, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud reproductiva como:

(...) una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, que tengan la capacidad de tener hijos, la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables y, también, el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y tener un parto de forma segura. (OMS, citada en Zegers-Hochschild, 2009).

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas

internacionales. Hubo que recorrer un largo camino hasta llegar a concebirlo en 1995. Sin embargo, el camino hacia la salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud, se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

En 1979 en la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas (CEDAW) vuelve a recoger en su declaración el derecho a un “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. Por fin en 1994 se deja de lado el término de salud materna e infantil para acuñar el término de Salud Sexual y Reproductiva en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados.

En la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1985 en Nairobi, y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en 1995 en Beijing (ambas conferencias organizadas por Naciones Unidas) se insiste en los derechos de las mujeres y se perfila y refuerza el concepto de salud sexual y reproductiva. Se aprueba la Declaración y la Plataforma de Acción que serán una guía a seguir por gobiernos y entidades de todo el mundo. La Plataforma afirma de nuevo que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia” y

reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”.

A partir de estos eventos internacionales, Venezuela se acoge a los acuerdos allí planteados, asumiendo responsabilidades al respecto. La consigna consistió en reconocer que si queremos cambiar la posición de las mujeres, hay que participar y empoderarse en los diferentes espacios de acción del Estado. Así, para la década de los 90, desde los movimientos feministas, la noción de derechos sexuales y reproductivos toma cierto vuelo en Venezuela. Este nuevo campo de derechos contribuye a la formulación de un nuevo paradigma sociocultural, impactando simultáneamente el sistema de género, la estructura de los derechos de ciudadanía y la cultura democrática.

A propósito de estos movimientos que se dieron en el país, surgieron diversos instrumentos legales que contemplan avances en materia de salud sexual y reproductiva entre los cuales se pueden mencionar la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999; Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, 1993; Resolución 1762 del Ministerio de Educación, 1996; Ley Orgánica de Protección Integral del Niño, Niña y el Adolescente, 1998; Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, 2002; Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007/2014; Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, 2003/2013 y la Ley para la Protección de las familias, la maternidad y la paternidad, 2007/2022. Como podemos observar, en nuestro país, es relativamente reciente la incorporación al debate público de los derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, la constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 76 establece: *“la protección de la maternidad, paternidad y los derechos*

*sexuales y reproductivos, incluyendo información, educación y servicios*". Debido a la necesidad de adecuarse a este marco jurídico constitucional, se aprobó en el año 2003 (reformada en el año 2013) la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. En la misma y coincidiendo con la definición de la OMS, se define salud sexual y reproductiva como:

(...) un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, la libertad de procrear y decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia". Es expresión de calidad de vida y salud, así como de la satisfacción de las necesidades en esta área y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. (2003:18).

Sin embargo, a pesar de lo importante de esta norma, en ella no se contemplan aspectos específicos relacionados con la infertilidad y las técnicas de reproducción asistida, ya que su contenido está dirigido más bien al abordaje de los problemas sociales y de salud pública en salud sexual y reproductiva, más frecuentes del país (fecundidad temprana, embarazos indeseados, mortalidad materna e infantil, infecciones de transmisión sexual y cáncer ginecológico y de próstata). Sin embargo, en la reforma de la norma que fue realizada en el año 2013 se encuentra citado entre los derechos fundamentales con enfoque de equidad de género el "Derecho a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de tipo integral" (p. 32), pero en ninguna parte de la norma se desarrolla la forma para hacer operativa la garantía de este derecho; sólo se contempla dentro del Reglamento Técnico Administrativo para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva contenido dentro de la Norma, en lo referente a la Atención en salud sexual y planificación familiar "Referir a otros niveles de atención a los usuarios y usuarias en edad fértil, con riesgo de enfermedades genéticas y problemas de fertilidad para consultas especializadas" (p. 102) y en lo referente a la Atención a la salud preconcepcional establece "Asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías de reproducción asistida" (p. 103).

Por lo que se puede extraer de la norma, queda mucho por hacer en lo que se refiere a reproducción asistida en nuestro país, puesto que tal y como están redactadas las pocas referencias a este aspecto de la salud sexual y reproductiva, todo parece indicar que el sistema público de salud no estaría preparado para asumir la tarea, ya que ni siquiera hay un marco regulatorio específico para esta área de la salud sexual y reproductiva. Además, tal y como hemos venido desarrollando a lo largo del texto, existen múltiples razones desde la socio-simbología de la maternidad, para dejar de lado la atención de aspectos relacionados con la reproducción asistida.

Ahora bien, para hacer efectivos tales derechos, es necesaria la creación de programas dirigidos a la atención de la salud sexual y reproductiva, como parte de las políticas de salud pública que deben desarrollarse para dar cumplimiento a lo establecido. Los primeros pasos dados en Venezuela en materia de Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, iniciaron en el año 2000 cuando la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz fue transferida al Ministerio de Salud y Desarrollo Social y se constituyen primero el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y luego el Programa Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes los cuales vinieron a sustituir el Programa Materno-Infantil, creándose así una plataforma programática para la aplicación de la Legislación Nacional e Internacional vigente de salud sexual y reproductiva y atención en salud a niños, niñas y adolescentes, en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio. Ambos programas estaban íntimamente relacionados y fueron adscritos a la Dirección General de Programas dependientes del Viceministerio de Salud desde diciembre de 2004.

Sin embargo, aun cuando la creación y puesta en marcha del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva por parte del Ministerio de Salud y Desarrollo Social,

significó el fin de una etapa de vacíos institucionales y el avance certero hacia el establecimiento de una *Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva*, con el inicio de la construcción del Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva, lo cual constituyó un medio para la profundización de los cambios institucionales a nivel del Sistema Público Nacional de Salud que esta política exige; actualmente en nuestro país, y en consonancia con el tema que hemos venido abordando, se encuentra completamente desatendido todo lo concerniente a programas dirigidos a la atención de la infertilidad, en consecuencia, no están previstos programas en materia de fertilización asistida.

Por otra parte, el *Plan Nacional de Salud 2014-2019*, solo contemplaba como medida dentro de lo que corresponde al desarrollo de programas y proyectos en prevención y atención integral para las principales causas de morbi-mortalidad de la población transversalizados por género, una resolución conjunta entre los Ministerios del Poder Popular para la Salud, para la Educación Básica y para la Educación Universitaria, que incorpore la salud sexual y reproductiva en los programas de educación primaria, secundaria, universitaria y misiones educativas (p. 94). Sin embargo, no se hace mención específica a nada relacionado con reproducción asistida, por lo que es probable que las medidas a aplicar en este sentido estén acordes a lo establecido en la Norma Oficial para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.

En febrero de 2015, se produjo el lanzamiento del *Primer Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres*, con el objetivo de garantizar el conocimiento, protección y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente de aquellas venezolanas en situación de mayor riesgo social, a fin de que puedan ejercer la autonomía sobre sus cuerpos.

Más recientemente, en el *Plan de la Patria 2019-2025*, se contempla como Objetivo Nacional N° 2.3., la necesidad de “Construir una sociedad igualitaria y justa garantizando la protección social del pueblo”. Dentro de este objetivo se destaca el sub-objetivo N° 2.3.6. (p. 23), que se refiere a la necesidad de “Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales”. Específicamente en materia de Salud Sexual y Reproductiva, este Plan desarrolla una serie de aspectos que en nada abordan lo referente a la reproducción asistida, lo cual evidentemente implica que no forma parte de la agenda en las políticas de salud pública a ser desarrolladas durante ese lapso de tiempo, tal como se puede evidenciar de lo extraído del texto :

2.3.6.13. Fortalecer la atención de la salud sexual y reproductiva de la población venezolana, con énfasis en los sectores de mayor vulnerabilidad y exclusión.

2.3.6.13.1. Fortalecer los planes de formación y divulgación de salud sexual y reproductiva, en todos los grupos de edades, con especial énfasis en los adolescentes y grupos vulnerables, garantizando, en especial desde los centros educativos y de salud, el acompañamiento, orientación y las herramientas necesarias para el empoderamiento de los grupos vulnerables sobre su salud sexual y reproductiva, de manera responsable y segura.

2.3.6.13.2. Impulsar y fortalecer los planes de control y seguimiento del embarazo, en los centros de salud, así como el acompañamiento y protección del mismo, de la nutrición de la madre así como de su hija(o).

2.3.6.13.3. Fortalecer y expandir el Programa de Parto Humanizado como política de Estado.

2.3.6.13.4. Fortalecer la concepción y funcionamiento de la Misión Niño Jesús, así como todo el sistema de maternidades nacionales, en los más altos estándares y protección de sus equipos humanos, técnicos, mantenimiento, equipamiento e infraestructura. (2019:24)

Además, en el año 2019 se crea en el país, el Centro de Estudios de Derechos Sexuales y Reproductivos (CEDESEX), como una organización sin fines de lucro que contempla entre sus acciones la prevención de embarazos no planificados, especialmente a temprana edad y en la adolescencia; accesibilidad y asequibilidad de métodos anticonceptivos; prevención de la violencia basada en género con

especial énfasis en la violencia sexual en sus distintas formas; educación sexual integral; trata y tráfico de personas con fines de explotación sexual; desarrollo de políticas institucionales y empresariales con miras a la inclusión, equidad, empoderamiento femenino y erradicación de prácticas discriminatorias por razones de género, sexo u orientación sexual; entre otros aspectos que no consideran en lo absoluto alguna estrategia de atención a la fertilización asistida.

Más recientemente, el único avance significativo relacionado con el tema que venimos abordando, como es la fertilización asistida, ha sido la incorporación en la Reforma de la Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad, la definición de maternidad y paternidad asistida. Esta reforma realizada en el año 2022, establece en su artículo 18 (que modifica el artículo 20 de la Ley del 2007) que

El ministerio del poder popular con competencia en materia de salud, en coordinación con el ministerio del poder popular con competencia en materia de mujer y equidad de género, incluirá dentro de sus unidades asistenciales el servicio de reproducción asistida, dotado del personal especializado, laboratorios y equipos de alta tecnología, dirigidos a mujeres y hombres que presenten limitaciones en su fertilidad. Estos servicios de salud deben incluir acciones de orientación, acompañamiento y atención sicosociales a las personas que los requieran.

Por reproducción asistida se entiende, cualquier método o procedimiento destinado a procurar la fertilización y concepción de hijas e hijos reconocidos por la autoridad competente.

Los ministerios del poder popular con competencia en materia de salud y ciencia y tecnología promoverán la investigación referida a la reproducción asistida. (2022:3).

Sin embargo, a pesar de lo establecido en la prenombrada Ley, hasta este momento no se han desarrollado instrumentos legales que permitan darle operatividad a tal artículo en el sistema público nacional de salud en el país, y quedan muchas brechas abiertas en relación con el sistema privado de salud, tomando en cuenta la gran cantidad de Centros de Fertilidad privados existentes en Venezuela, de los cuales no existe nada publicado en cuanto al control de su práctica que haría el Estado venezolano. Como se puede ver, más allá de los pobres acercamientos que se

intentan hacer en materia de salud sexual y reproductiva en Venezuela, aún queda mucho camino por recorrer al respecto de la reproducción asistida, razón por la cual trabajos de investigación como el que hemos venido planteando, que sean abordados desde la Teoría Feminista con perspectiva de género, podrían contribuir a dar aportes en esta materia, los cuales al ser generados desde las voces de las mujeres que han pasado por esta experiencia, facilitarían la apertura de un debate público nacional, a fin de que sean desarrollados tanto los marcos regulatorios así como los programas de atención, como parte de las políticas públicas dirigidas a la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres venezolanas.

## APROXIMACIONES METODOLÓGICAS

*El método feminista sirve, pues, como un deconstructivo peine fino que se usa para modificar el androcentrismo aun reinante y crear un mejor conocimiento, con menos falsificaciones.*  
Eli Bartra

### **El camino transitado**

En virtud de todo lo que ha sido planteado a lo largo del texto, y teniendo en consideración que lo que pretendemos con este trabajo de investigación es *Develar la socio-simbología sobre el ser mujer/madre – mujer/infértil que determina a las mujeres a someterse a procedimientos de fertilización asistida como una praxis para satisfacer la “necesidad” de tener un/a hijo/a propio/a*; nos proponemos entonces, rastrear el conjunto de significados/significantes subyacentes en el imaginario colectivo de mujeres con diagnóstico clínico de infertilidad y que se hayan sometido a procedimientos de fertilización asistida, como resultado de su “necesidad” por lograr tener un/a hijo/a propio/a. Para alcanzar esta intencionalidad, nos apoyaremos en lo que Sandra Harding (2002) ha señalado en relación con los estudios feministas y la diferencia que existe entre epistemología, metodología y método.

Para esta autora, un *método* de investigación es una técnica para recabar información (o una manera de proceder para recabarla); una *metodología* son los procedimientos que sigue o debería seguir la investigación y una manera de analizarlos en coherencia epistémica con la teoría que lo sustenta; y una *epistemología* es una teoría del conocimiento, que responde a la pregunta de ¿quién puede ser sujeto/a de conocimiento?, trata también sobre las pruebas a las que deben someterse las creencias para ser legitimadas como conocimiento y aborda el tipo de cosas que pueden conocerse. (Harding, 2002).

Partiendo de esta visión, y tomando en consideración que lo que pretendemos develar se enmarca en una postura crítica de lo que, tanto el discurso social como el discurso médico han atribuido a las categorías maternidad e infertilidad, el abordaje del tema en estudio sólo es posible hacerlo desde la solidez teórico-epistemológica que brinda la Teoría Feminista (*epistemología*), siguiendo para ello la metodología de género (*metodología*), con un abordaje enmarcado en el paradigma cualitativo o interpretativo (*método*), empleando como *técnica* participativa el uso de entrevistas enfocadas que se realizarán a mujeres que se hayan sometido a procedimientos de fertilización asistida, a partir de las cuales se aplicará el *análisis de discurso*, con el fin de deconstruir los significados/significantes socio-simbólicos sobre el ser mujer-madre que subyacen en el imaginario colectivo de estas mujeres.

A continuación plantearemos de forma más detallada, los aspectos teórico-metodológicos que sustentan la situación en estudio que pretendemos develar, y cómo se realizará el abordaje metodológico de la misma.

### ***Sustento teórico-metodológico***

Para aproximarnos a lo que proponemos con esta investigación fue necesario deconstruir a través del discurso, las diferentes dimensiones de lo subjetivo/construido en el imaginario colectivo de mujeres con diagnóstico clínico de infertilidad que habían vivido la experiencia de uno o varios procedimientos de fertilización asistida, con lo cual se pretende develar desde las voces de estas mujeres lo que significa para ellas el ser mujer/madre – mujer/infértil, que las determinó a someterse a este tipo de procedimientos médicos, aún a pesar de tener un cuerpo sano.

La investigación se realizó como ya fue expuesto en apartes anteriores, desde la mirada de la *Teoría Feminista*. A fin de guardar el hilo conceptual de lo que hemos

venido tejiendo, aclaramos que nuestro trabajo será enmarcado desde el Feminismo con “F mayúscula” propuesto por Alda Facio (1999), el cual engloba a todas las teorías y movimientos sociales Feministas, como revolución epistemológica y como acción política que propugnan el cambio de la condición de subordinación y discriminación de las mujeres, como requisito ineludible para el desarrollo pleno de sus potencialidades y para el logro de una sociedad más justa, por lo cual pretende ser inclusivo y equitativo.

Para ello, seguiremos la *Metodología de Género*. Esta metodología es planteada por Marbella Camacaro de la siguiente manera:

El carácter riguroso de la metodología de género, y la novedad epistemológica que representa, es que la aproximación a la realidad no puede realizarse de manera neutra, ni arropada bajo la bandera de una universalidad sin signos distintivos, sino que por el contrario, este enfoque asume que existe una problemática de las relaciones de poder entre mujeres y hombres, partiendo de que la mujer es subordinada en el espacio social, y que esa desigualdad entre los géneros no es consecuencia de hechos naturales, sino históricos, y por ello con posibilidades reales de cambio, ya que son construidos. (2010: 110).

De allí la importancia de tomar en cuenta el género como categoría metodológica, puesto que, si el estudio de las mujeres no es nuevo, sí lo es su estudio desde la perspectiva de sus propias experiencias, de modo que puedan entenderse a sí mismas y al mundo. No se trata sólo de trabajar con las mujeres, sino desde los problemas que afectan a las mujeres, precisamente por el hecho de ser mujeres. De lo que se trata es que las mujeres y sus vivencias puedan ser abordadas como sujeto/a-objeto/a de estudio.

Por ello, al empezar por la vida de las mujeres para identificar y formular las preguntas para la investigación, se han creado desde la investigación Feminista en ciencias sociales y naturales, patrones de conocimiento distintos. Así, aunque esta vía para producir conocimiento no es normalmente lo que la gente que piensa en

“metodología de investigación” tiene en mente, sería, sin embargo, razonable sostener que existe una metodología de investigación Feminista distinta; esto es, que hay una “metodología” específica producida por los Feminismos.

Al respecto, Eli Bartra plantea que

Si el método es el camino que se recorre “inclusive cuando dicho camino no ha sido fijado por anticipado de manera deliberada y reflexiva” para llegar al conocimiento; si “es el procedimiento planeado que se sigue en la investigación para descubrir las formas de existencia de los procesos del universo”, entonces es posible decir que el quehacer feminista dentro de las ciencias y las humanidades planea caminos que le son propios para conocer la realidad. Y además, la finalidad última del feminismo es la liberación de las mujeres, por lo que su método comparte este fin. (2002: 146-147).

Lo que defendemos no se trata, para nada, de un esencialismo. No es que las mujeres necesariamente, por el hecho de ser mujeres, vamos a llevar a cabo un tipo de investigación distinta con una metodología diferente. De lo que se trata, es de hacer la investigación desde *un punto de vista feminista*, pues el solo hecho de tener un determinado sexo y pertenecer a un género o a otro, es una variable que condiciona el desarrollo de la investigación y, por tanto, los resultados.

En este sentido, señala Gloria Comesaña que

Los estudios de la mujer se refieren a las mujeres en su diversidad y parten de una perspectiva feminista para acercarse a ellas (...) las mujeres no son abordadas como objeto de estudio con la perspectiva de quien viene como autoridad sapiente, como ser superior, a indagar e investigar un objeto siempre pasivo e inferior, un objeto al que viene a descubrirse y a arrancarle sus secretos, e incluso a darle una forma inteligible, a constituirlo como tal objeto (inferior) frente al sujeto investigador (siempre superior). Por el contrario, “la condición femenina” y las mujeres como sujeto/objeto de estudio son enfocadas por las investigadoras a partir de una perspectiva horizontal, acercándose a ellas desde la propia realidad, identidad y circunstancia (...) Así en los *Estudios de la Mujer*, se hace más que nunca evidente y se revela con fuerza la realidad eterna del conocimiento: que en ella y a través de ella el sujeto y el objeto se hacen y se constituyen mutuamente. (2008: 38).

En los estudios de las mujeres, se agudiza la conciencia de los cambios que la investigación puede producir, no solo sobre el objeto, lo cual es ya bastante importante, sino incluso sobre el/la sujeto/a, ya que, en toda investigación, particularmente en la investigación sobre seres humanos, se da evidentemente una interacción entre sujeto/a y objeto en la cual, éste último incide sobre el/la sujeto/a transformándolo/a.

Así pues, y como lo señala Marbella Camacaro,

(...) abordar la investigación desde el género significa plantearnos un punto de observación, unas interrogantes, un análisis diferente de los que puedan surgir desde otros abordajes teóricos-metodológicos. Al seguir este camino pretendemos crear nuevos y distintos conocimientos, que incidan significativamente en la transformación del androcentrismo que impregna toda la vida social. La perspectiva de género toma en consideración asuntos ignorados por las teorías que sustentan los métodos tradicionales. (2010: 111).

Estas precisiones despejan el camino teórico-metodológico transitado en esta investigación, pues sin lugar a dudas y como se ha expresado a lo largo del texto, la maternidad, como capacidad biológica que tenemos las mujeres, ha sido el factor que ha permitido legitimar la construcción socio-simbólica de la maternidad social y desde esta categoría se deviene la de infertilidad, no como incapacidad de concebir sino como enfermedad que debe ser curada/remediada por la acción médica. Ha sido precisamente ese modelo dominante occidental del saber/poder médico, el que ha llevado a que un gran número de mujeres hayan sido diagnosticadas como infértiles y en consecuencia hayan sido consideradas como incompletas e imperfectas, razón por la cual ante las presiones del entorno se ven en la necesidad de optar por someterse a procedimientos de fertilización asistida a fin de poder cumplir con “ser madres”.

### ***Abordaje de la situación en estudio***

Este camino transitado para comprender las vivencias de las mujeres que participaron en la investigación, estuvo a su vez enmarcado en el paradigma cualitativo o interpretativo, cuyo enfoque se orienta a la descripción e interpretación de las estructuras esenciales de la experiencia vivida. En este sentido, Luis Díaz señala que

La investigación de enfoque sistémico cualitativo para el estudio de la realidad, entonces, busca la subjetividad y explicar y comprender las interacciones y los significados subjetivos individuales o grupales (...) Con énfasis en las personas y sus sistemas culturales, los sujetos u objetos de estudio están en presencia ya no de un investigador que se aleja de ellos sino de un investigador que dialoga y comparte. Ya no estamos en presencia de un sujeto u objeto investigado y alejado sino de un sujeto en el estudio, que abre su cultura, su ser, el de otros, y conversa sobre el significado de las cosas por esa misma relación que siente y percibe desde el investigador o investigadora. Por esa relación sentida y consentida es que abre su mundo cultural y simbólico, lleno de significados. (2011: 60-61).

Este mismo autor (Díaz, 2011) realiza una síntesis de los rasgos generales que hacen que una investigación se perciba dentro de la tendencia del enfoque sistémico interpretativo de investigación científica o paradigma cualitativo, los cuales mencionaremos a continuación en virtud de que contemplan las características de lo que realizamos en esta investigación:

- El contexto es fundamentalmente natural y no es construido ni modificado, es intacto. La experiencia humana se perfila y tiene lugar en contextos particulares, de manera que los acontecimientos y fenómenos no pueden ser comprendidos adecuadamente si son separados de aquéllos. Se busca comprender el mundo real tal como se presenta. Los estudios, por lo tanto, son intensivos y en pequeña escala.
- La experiencia de las personas se aborda en conjunto u holísticamente.
- Existe una continua interacción entre el/la investigador/a y el/la sujeto/a de investigación.

- Se busca la objetividad en el ámbito del significado intersubjetivo.
- La influencia continua de los valores es aceptada y asumida como parte indisoluble de la investigación en sus distintas fases.
- La investigación tiene carácter recursivo, es decir, es emergente. Se va elaborando a medida que se recoge la información, se saturan los significados (categorías) y se logra el sentido del fenómeno.
- No se buscan leyes generales sino el sentido válido para los casos estudiados. Por lo que surgen significados únicos que pueden ser parecidos a significados de otras investigaciones, más no idénticos.
- La episteme (conocimiento científico, teoría) generada no tiene un carácter universal y explicativo, sino orientativo, comprensivo, crítico, reflexivo, relacional y global.
- Puede surgir lo serendipítico (hallazgo inesperado) de la trama, en la narración de las vivencias reales, naturales y únicas, y por consiguiente en la investigación puede surgir información que no se había previsto, la cual se puede incorporar al desarrollo del estudio, adoptando las modificaciones que se consideren oportunas.
- El/la investigador/a debe estar claro/a a nivel teórico y metodológico para un correcto abordaje de cuestiones de sensibilidad y percepción. Lo anterior quiere decir que hay que tener un sentido de lo que es o no es relevante y poseer una estructura que por su pertinencia lógica y psicológica dé con lo significativo. Para lograr lo anterior, el yo es el instrumento por esencia que toma alguna estructura de referencia y algún conjunto de intenciones, e interpreta su significado.
- Para evitar que la interpretación prenombrada sea muy subjetiva, el/la investigador/a debe adiestrarse en una disciplina personal, adoptando una subjetividad disciplinada, que requiere auto-conciencia, examen riguroso, reflexión continua y análisis recursivo. También hace uso sistemático del

criticismo externo y la ayuda de críticos. Se insiste en la honestidad y en la introspección, que permita distinguir entre ética y significados generados por los/las sujetos/as.

- Se busca lograr el carácter interpretativo de la investigación. Por un lado se busca justificar, elaborar o integrar los significados emergentes en una elaboración conceptual y desarrollo teórico. Por otro lado, se busca que las personas estudiadas hablen libremente desde los significados que impregnan a sus vivencias y sentimientos particulares. Los estudios tienden a estar enfocados. El enfoque de interacción y observación no se relega solo al/la sujeto/a en estudio y su contexto sino también a los objetos inanimados: textos, portafolios, artículos, cuadernos de notas, videos, modelos, etc.
- El documento surgido de la investigación de enfoque sistémico interpretativo presenta un lenguaje expresivo y hay presencia de la voz en el texto. Esto es importante para fomentar la comprensión humana de la situación y lograr el enlace cuasi-natural, denominado empatía, entre el significado que otorgan los/las sujetos/as a sus vivencia, lo interpretado por el/la autor/a y el/la lector/a final del documento.

### ***Grupo humano sujeto/objeto de estudio y lugares del encuentro dialógico***

El grupo humano al cual nos aproximamos para la deconstrucción de las diferentes dimensiones de lo subjetivo/construido sobre las categorías maternidad e infertilidad así como sobre las motivaciones para el acceso de las mujeres a los procedimientos de fertilización asistida, estuvo integrado por seis (06) mujeres adultas, heterosexuales, de clase media y media alta (en virtud de su mayor acceso a los tratamientos de reproducción asistida), profesionales, mayores de 35 años para el momento de iniciar el tratamiento reproductivo, con diagnóstico clínico de infertilidad, que pasaron por la vivencia de uno o varios procedimientos de fertilización asistida, ya sea que hayan logrado o no la concepción, el embarazo y el

parto, quienes habían acudido a algún/os Centro/s de Fertilidad, y que decidieron voluntariamente participar en la investigación.

Ahora bien, para la selección de las participantes en el estudio se empleó el *muestreo cualitativo intencional*, en el cual, según nos lo plantea Julio Mejía

(...) la muestra es una parte de un colectivo o población elegida mediante criterios de representación socioestructural, que se somete a investigación social con el propósito de obtener resultados válidos para el universo. Dicha muestra es construida por un procedimiento específico que determina su rigor, donde el método de elección de las unidades del universo que formarán parte de la muestra, se basa en el principio de representación socioestructural, es decir, cada miembro representa un nivel diferenciado que ocupa en la estructura social el objeto de investigación. (2000:166)

Este procedimiento de muestreo fue entonces un muestreo por juicio, en el cual, las variables que delimitan la composición estructural de la muestra, son definidos de manera teórica por el investigador (Julio Mejía, 2000). Este procedimiento consiste en una aproximación conceptual al universo de estudio, mediante una definición clara de las características más importantes que delimitan sus niveles estructurales. Los parámetros que definen la composición estructural de la muestra se basan en criterios teóricos.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, se eligieron sistemáticamente a las mujeres que fueron entrevistadas, siendo el criterio de juicio para la selección de las participantes, que se tratara de mujeres que se hubiesen sometido a cualquier tipo de procedimiento de fertilización asistida, y que hubiesen sido diagnosticadas clínicamente en un Centro de Fertilidad, hayan o no logrado la concepción, el embarazo y/o el parto. Este grupo de mujeres se constituyeron en el corpus de estudio o muestra de esta investigación, y pasaron a ser nuestras *informantes clave*, ya que son las que pueden hablarnos del fenómeno en relación a todo y que tienen un amplio conocimiento del tema que hemos venido abordando. Nuestras

informantes tienen la vivencia de haber pasado por todo lo que implica someterse ya sea a uno o a varios procedimientos de fertilización asistida, y por tanto, cualitativamente hablando conocen de lo que se trata, pues tienen la experiencia de lo vivido.

En este sentido señala Miguel Martínez en relación con el proceso de muestreo intencional y la participación de informantes claves, lo siguiente:

En la muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación (...) se trata de buscar una muestra que sea comprehensiva y que tenga, a su vez, en cuenta los casos negativos o desviantes, pero haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y explotando a los informantes clave (personas con conocimientos especiales, estatus y buena capacidad de información). En conclusión, el investigador tratará de imitar al buen fotógrafo, que busca los mejores ángulos para capturar la mayor riqueza de la realidad que tiene delante. (2006: 137).

Así mismo, y para complementar lo anterior, Fidias Arias nos refiere que

En una investigación de campo de enfoque cualitativo, generalmente la información proviene de fuentes vivas, es decir, personas que cumplen con una serie de criterios que los hace ideales para los efectos de esa investigación. A estas personas se les denomina informantes clave, y son: “aquellas personas que, por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador convirtiéndose en una fuente importante de información a la vez que le va abriendo el acceso a otras personas...”. El éxito en la selección de informantes clave radica en la diversidad de los actores porque de esta manera se garantizan diferentes percepciones e interpretaciones acerca de un mismo fenómeno. (2019: 9-10).

Por otra parte, y tal como lo refieren Alejo y Osorio (2016) “hay que tener en cuenta que en toda investigación de corte cualitativo, por ser considerado un diseño flexible, no se debería conocer a priori ni el número ni el tipo de informantes, sino que más bien es fruto del propio proceso que se genera con el acceso al campo del investigador. Se debe estar dispuesto a cambiar de curso después de las entrevistas iniciales. Lo importante es el potencial de cada caso para ayudar

al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social” (p. 77).

Además, se debe tener presente la posibilidad de diversificar deliberadamente el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda la gama de perspectivas de las personas en las cuales se está interesado, percibiendo que se ha llegado a ese punto cuando las entrevistas con personas adicionales no producen ninguna comprensión auténticamente nueva (como desarrollaremos más adelante). Así, la selección de los/as informantes se da cuando el investigador conoce a algunos y logra que ellos mismos presenten a otros, o también averiguando con los amigos, parientes y contactos personales; con la comunidad que se quiere estudiar; ir a las organizaciones y organismos. (Alejo y Osorio, 2016).

Por tanto, como estrategia para la selección de las informantes clave, se empleó el *muestreo por bola de nieve, en cadena o de avalancha*, el cual consiste en elegir a una o varias informantes y solicitarles que, a su vez, recomienden a otras personas a participar. De este modo, en primer lugar contactamos a mujeres conocidas, de quienes sabíamos habían vivido la experiencia de uno o varios procedimientos de fertilización asistida, y que por tanto cumplían con los criterios de juicio para ser consideradas informantes en nuestro estudio. Ellas a su vez nos refirieron a otras mujeres quienes habían pasado por la misma experiencia y de este modo se fue conformando nuestro corpus de estudio con estas mujeres, quienes luego de aceptar voluntariamente participar en el estudio, acordaron un lugar y fecha para realizar la/s entrevista/s.

En relación con el lugar del encuentro dialógico, éste se concertó entre las informantes y la investigadora, a fin de contar con un espacio apropiado e idóneo para que se diera la interacción o *rapport* entre las partes (relación de confianza y

cordialidad que se establece entre el/la investigador/a y los/as informantes, que permite que la persona se abra y manifieste sus sentimientos internos) de manera tal que no existiesen factores perturbadores al momento de realizar las entrevistas. Del mismo modo, el día y hora para realizar las entrevistas, fueron concertados a conveniencia tanto de las informantes como de la investigadora, para mayor comodidad de ambas partes.

Un aspecto de relevancia a tener en consideración dentro de los aspectos éticos que deben cumplirse en toda investigación en la cual participan seres humanos, es el consentimiento informado (Anexo A). El mismo consiste en un documento escrito en el cual se les informó a cada una de las participantes en la investigación, acerca de los fines y uso de la información, con el cual aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Al respecto señala Manuel González Ávila que:

La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta sólo cuando ésta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias; y que lo hacen por propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación -y en la investigación-, la comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si es conveniente participar o no. El consentimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Cada persona tiene un valor intrínseco debido a su capacidad de elegir, modificar y proseguir su propio plan de vida. Es necesario buscar alternativas confiables para garantizar que las personas aceptan la participación en la investigación con todas las condiciones mencionadas. La presencia de testigos idóneos y el uso de grabaciones son medidas que pueden complementar -o sustituir en ciertos casos- al consentimiento firmado por escrito. La aceptación o no de estos recursos debe ser decidida por los sujetos. (2002: 101).

### ***Técnicas participativas para obtener la información***

Para obtener la información de las participantes, la técnica dialógica empleada fue la *entrevista enfocada*, la cual es considerada como un tipo de entrevista en profundidad, que se caracteriza por la concreción, ya que se centra en un “foco” de

interés, en una experiencia o una situación. Este tipo de entrevista por lo tanto, va dirigida a personas concretas, caracterizadas y escogidas previamente por haber tomado parte en esas situaciones o haber vivido esas experiencias. Al respecto señala Fortino Vela que

La entrevista enfocada fue propuesta originalmente por Merton y Kendall (1946) y desarrollada con mayor precisión por Merton, Fiske y Kendall (1956) (...) De acuerdo con estos autores, estas entrevistas se recomiendan cuando se presentan ciertas condiciones particulares en donde "la persona entrevistada sea un sujeto quien se sabe que intervino en una situación particular" (...) en estos casos el entrevistador conoce de antemano, directa e indirectamente, la configuración de elementos, esquemas, procesos en los que se encuentra el entrevistado, por lo que la entrevista se estructura y se utiliza sistemáticamente. (2001: 77).

Este mismo autor nos explica que en este tipo de entrevista, el/la entrevistador/a asume una posición directiva conduciéndola a un área delimitada o "foco" de interés. En ella las respuestas pueden ser libres, pero si el/la entrevistado/a se aleja demasiado del tema, el/la entrevistador/a puede regresarlo al "foco" de atención. Para ello es de mucha utilidad el análisis previo que el/la investigador/a efectúa sobre la situación a la que se enfrenta, y mediante el cual podrá descubrir, entre otras cosas, los bloqueos del entrevistado/a, la profundidad en la que se sitúan sus respuestas, y distinguir la lógica y el simbolismo que dominan los tipos de reacciones del entrevistado/a en relación con el tema.

Para nuestro caso, las informantes entrevistadas, fueron como ya ha sido comentado previamente, mujeres que habían sido diagnosticadas clínicamente como infértiles y habían vivido la experiencia de someterse a cualquier tipo de procedimiento de fertilización asistida, por lo que esta característica particular fue el criterio para formar parte del estudio, pues su vivencia y sus motivaciones se constituyeron en el foco de interés. Dichas entrevistas enfocadas tuvieron como propósito para el tema que estamos abordando desde la perspectiva de género, deconstruir algunas dimensiones de lo subjetivo/construido sobre el binomio mujer-

madre que subyace en estas mujeres, lo cual persigue desenmascarar el orden simbólico, el sentido de las designaciones y los valores que han operado, desde la lógica del poder dominante de la ciencia y de la sociedad patriarcal-androcéntrica, como únicos y naturales para legitimar las opresiones específicas de las mujeres.

Como recurso para la recolección de la información, durante las entrevistas fueron empleados medios tecnológicos para grabación de audio, ya que como señala Miguel Martínez (2006) en investigación cualitativa es sumamente conveniente que los procedimientos utilizados permitan realizar las observaciones repetidas veces. En este sentido, la audio-grabación es una técnica muy útil cuando se hacen entrevistas, aunque se tomen algunas notas, porque siempre es posible reproducir fragmentos y escuchar de nuevo lo grabado, y además, es de gran riqueza poder escuchar el audio de una entrevista varias veces, porque cada vez que se escucha se obtienen significados que en la primera vez no se habían captado. Además, este registro de información permite incorporar la confirmabilidad o auditabilidad como criterio de rigor científico a la investigación, ya que como refieren Castillo y Vásquez (2003) esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del/la investigador/a original siempre y cuando tengan perspectivas similares. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, de forma que permitiera, como veremos más adelante, la codificación y categorización de la información.

Además de emplear como técnica de recolección de la información el lenguaje hablado y audiograbado, el cual indudablemente nos sirve tanto para develar lo que pensamos y sentimos, también es incuestionable que puede servir para ocultarlo. Por ello, para la realización de esta investigación nos apropiamos de lo que Miguel Martínez (2006) refiere como ese "lenguaje natural" y más universal, que es el lenguaje no verbal, que no es más que un conjunto de signos expresivos, como los

que se manifiestan a través de los ojos, la mímica, la expresión facial, los movimientos, gestos y posiciones del cuerpo y de sus miembros, el acento, el timbre y el tono de la voz, etc., que depende del sistema nervioso autónomo, y por tanto son involuntarios y casi siempre inconscientes, y que contribuyen de manera muy eficaz a precisar el verdadero sentido de las palabras, reforzándolo o, quizá, desmintiéndolo.

### ***Deconstrucción y Representatividad de la información***

A partir de las entrevistas que se realizaron, se aplicó el *análisis de discurso*, ya que en el paradigma cualitativo existe el interés por la interpretación de los sentidos del discurso desde el punto de vista del/la actor/a social. Este paradigma es también denominado interpretativo o hermenéutico, ya que se intentan decodificar las estructuras conceptuales complejas en las que se basan las prácticas, las ideas y las creencias de las personas que participan en el estudio.

En este sentido, haremos mención a lo que señala Aldo Merlino, con respecto al análisis de discurso:

Desde la óptica general de la investigación cualitativa, el análisis del discurso se ubica como una práctica analítica que busca la comprensión del sentido de la acción social, siempre desde la óptica del actor e incluyendo al investigador/analista dentro del análisis, como parte activa en la producción de los sentidos que él mismo analiza. (2012: 15).

Este mismo autor considera la especial relevancia que tienen los discursos orales producidos en el marco de la interacción entre personas, dado que a partir de esa interacción directa, se produce un amplio abanico de expresiones, puntos de vista y fundamentalmente argumentos, que resultan particularmente ricos al momento de la reconstrucción de los sentidos que implican las prácticas de los/las sujetos/as.

Por tanto, para el desarrollo de la investigación, se hizo necesario el análisis de discurso, ya que permitió la deconstrucción del discurso oral de las informantes, lo cual implicó la comprensión del mundo tal y como ellas lo construyen, y donde dicha construcción social de la realidad, se hizo a partir de los elementos significativos de cada una de sus experiencias personales en relación con el tema que estamos abordando. Acceder a esos significados/significantes de las sujetas investigadas, pasó obligatoriamente por asumir una actitud crítica y analítica diferente, donde la investigadora y las investigadas entran en un proceso deconstructivo de la realidad social. (Camacaro, 2010).

La representatividad posibilita a la muestra cualitativa reproducir las características principales del universo, es decir, ser un reflejo del universo, de tal modo que estudie, describa y explique el objeto de estudio. El concepto de representatividad es de orden estructural, es decir, en la muestra cualitativa deben estar representadas las relaciones que configuran socialmente el objeto de estudio. Cada unidad seleccionada expresa la posición diferencial que ocupa en la estructura social del objeto de estudio, y todas juntas reproducen en su composición y dinámica las situaciones sociales del objeto. El acceso se manifiesta desde la comprensión de las relaciones sociales relevantes (Bertaux y Bertaux-Wiame, 1993 citados en Mejía, 2000). La muestra cualitativa es representativa en el nivel de las relaciones socioestructurales, subrayando el carácter sociológico del fenómeno que se estudia. Lo que interesa en la muestra cualitativa es la profundidad del conocimiento de la realidad investigada.

Así, en cuanto a la representatividad de la información de la investigación, ésta estuvo garantizada por la calidad de la misma, y el punto límite de dicha representatividad estuvo indicado por el *Punto de Saturación del Conocimiento*, tal como sugiere Daniel Bertaux (citado en Camacaro, 2010: 121). Dicho punto de

saturación consiste en buscar que una muestra sea representativa, no en un nivel morfológico, sino en el nivel sociológico, en el nivel de las relaciones socioestructurales.

En este sentido, señala Julio Mejía que

El principio del punto de saturación permite definir el tamaño de la muestra cualitativa, es decir, el número de unidades elegidas dentro de ciertas condiciones metodológicas, y cuyos resultados representan al colectivo-objeto de estudio. (2000: 171).

Este mismo autor nos aclara que Daniel Bertaux desarrolló esta metodología, para establecer el número de casos en investigación cualitativa, con el fin de dar representatividad y validez a la investigación. El punto de saturación del conocimiento es el examen sucesivo de casos que van cubriendo las relaciones del objeto social, de tal forma que, a partir de una cantidad determinada, los nuevos casos tienden a repetir (saturar) el conocimiento anterior. La saturación del conocimiento supone entonces que, se han establecido las pautas estructurales que subyacen a un determinado conjunto de procesos sociales, y los nuevos casos no introducen correcciones ni complementos al conocimiento de la realidad estudiada, solo repiten el contenido de la pauta social definida. (Mejía, 2000).

Para ello, se realizaron las entrevistas a las informantes, y concomitantemente se fueron construyendo los análisis; así cuando nuevas entrevistas únicamente confirmaron lo que se venía construyendo, y solo añadían ligeras variaciones individuales, se consideró alcanzada la tendencia en la información recogida, y este fue el punto de saturación, que nos permitió apropiarnos de la palabra de las entrevistadas para sistematizar el material discursivo, lo que posibilitó la obtención de eventos vinculados con el horizonte teórico de la investigación o lo que fueron los nudos o eventos críticos (categorización de la información).

Al respecto, vale la pena destacar que, en virtud de la temática planteada, y de lo que subyace en el imaginario de las mujeres sobre los que significa ser mujer-madre/mujer-infértil, este punto de saturación fue alcanzado rápidamente, lo que influyó en que con muy pocas informantes se lograra la repetibilidad de la información. Si bien, en investigación cualitativa, el "problema del número", o de cuántos individuos serán representativos, es resuelto por el concepto de saturación, según lo planteado por Javier Callejo (1998), la confirmación, al tener un carácter estructural tiene más que ver con la profundidad que con la extensión, con lo que se ha denominado *saturación de sentido*, es decir, que más que la cantidad, es la calidad de la información la que nos da la saturación, y es el investigador quien de algún modo, dentro de los criterios rigurosos de la metodología, la establece.

Al respecto, este mismo autor nos señala que,

La saturación se incrusta en el proceso de construcción de la muestra: el número de componentes de una muestra se considera adecuado, dentro de un sector homogéneo de la población, cuando los informantes repiten fundamentalmente lo dicho por los anteriores, procedentes del mismo sector social. La replicación de los discursos, por parte de los sujetos de tales características, permite decidir el final de la replicación de tal tipo de sujetos. Desde la primera caracterización, lo mismo que dicen varios iguales es verdad. Desde la segunda, son verdaderamente iguales quienes dicen lo mismo. Ahora bien, la mismidad de lo dicho y de los que dicen, en las investigaciones cualitativas concretas, está en el sentido y no sólo en la repetición de significantes: varias personas dicen lo mismo cuando hablan en un mismo sentido del mismo objeto, lo que va más allá de la repetición exacta de una serie concatenada de significantes. La mismidad no es tanto un "estar ahí" de lo sensible, como del sentido. Es una mismidad en el sentido lo que posibilita agrupar lo dicho, siendo: "el problema fundamental de toda ciencia, el de establecer la identidad de los fenómenos". Agrupar lo idéntico no es un problema. Se agrupa sólo. (1998:96)

En el caso de la investigación cualitativa, la saturación también implica: "la combinación máxima de dos cuerpos". Si sirve la metáfora, el cuerpo de lo investigado y el cuerpo del investigador, en una negociación destinada al mayor beneficio. Así, la saturación procede del proceso de investigación y es el umbral de la inspiración técnica, de la capacidad del investigador para usar renovadamente los procedimientos. De alguna manera, la inspiración técnica tiene por objetivo romper y, a su vez, comprobar la saturación. Significa llamar la atención sobre una actitud

crítica, en cuanto se cuestiona constantemente el proceso de investigación. (1998:114).

A propósito de este cuestionamiento constante al proceso de investigación, es necesario considerar también lo recientemente planteado por Ortega-Bastidas (2020), quien nos advierte, que la saturación no debe ser vista como la analogía cualitativa de lo que se conoce como tamaño muestral en investigación cuantitativa. Su punto de vista es claro, no existe un número 'mágico' o una delimitación que asegure la saturación y además, resulta problemático seguir interpretando a la saturación teórica solo desde la idea de repetición y redundancia, sino que más bien es un acto reflexivo en la obtención de la información, y por tanto, del conocimiento.

Esta misma autora nos explica en detalle que

Se intentará reconocer a la saturación teórica como un momento de encuentro intersubjetivo entre el investigador y el otro. Este momento de encuentro estará constituido por un acto de reflexividad que articula "una combinación de los límites empíricos de los datos, la integración y densidad de la teoría". Dicho de otro modo, se interpretará a la saturación como una instancia de apertura y no como una delimitación del campo perceptivo que haría clausurar la experiencia en la praxis analítica. El momento de saturación teórica emerge a partir de dos criterios: a) la densidad de información, y b) la autenticidad de información.

Es necesario distinguir que la densidad de información no es equivalente a la cantidad de información; más bien ella representa las cualidades que fundan los significados que los sujetos atribuyen a un fenómeno particular. Cualidades que son codificadas en la interpretación que el investigador realiza a partir de un proceso de reducción de datos. Dicha reducción nos habla principalmente de una reconducción de los sentidos patentes y ocultos de la experiencia, los cuales emergerían a partir de cuatro principios: a) en su heterogeneidad, b) a partir de sus propiedades, c) en su convergencia en nodos, y d) en su divergencia en ramificaciones.

La autenticidad se expresaría como un eje axiológico que orienta al investigador a reconocer la realidad del otro y establecer una relación única con la otredad. Una actitud ética, en este sentido, debe ser contextual y debe respetar la cultura y el contexto social que se está estudiando. La precisión e interpretación adecuada de los datos evitará la omisión o fraude durante la recogida de datos y el análisis, lo que

garantizará una mayor ecuanimidad y neutralidad del proceso mismo. Para responder a dicha neutralidad el investigador debe ser consciente de mantener una observación persistente, que si no fuera tal parecería “ser poco más que una inmersión sin sentido”. En un escenario tal se proponen cuatro principios constituyentes de la autenticidad: a) la apertura de conciencia, b) la regulación del sesgo perceptivo, c) la sensibilidad con los sujetos, y d) la relectura de los datos. (2020:295-297).

Por otra parte, captar lo que es «cierto», «conocido» o la «verdad» para cada una de las informantes que participaron en el estudio, dentro del contexto y/o la situación vivida por cada una de ellas, requirió escucharlas de manera activa y empática. De acuerdo con esto, se puede decir que nuestro objetivo como investigadoras fue meternos en el mundo de las informantes lo cual exigió paciencia, reflexión y evaluación permanente para interpretar el discurso.

El criterio de credibilidad como criterio de rigor científico para la investigación se alcanzó cuando las investigadoras, en búsqueda de la confirmación de los hallazgos y revisión de algunos datos particulares, volvimos a las informantes durante la recolección de la información. Al respecto, y como señalan Castillo y Vásquez (2003), “a los informantes les gusta participar en esa revisión pues ellos quieren reafirmar su participación y desean que los hallazgos sean lo más creíbles y precisos para ellos. En este sentido, la mayoría de los informantes son capaces de corregir los errores de interpretación de los hechos y para ello se ocupan de dar más ejemplos que ayudan a clarificar las interpretaciones del investigador” (p. 165).

### ***Construcción de los nudos o eventos críticos***

Miguel Martínez (2006) señala que luego de realizar la recolección de la información, con el material recopilado (en este caso en las entrevistas enfocadas en profundidad) se procede a completar el proceso de investigación, lo cual implica la categorización, para que se pueda dar posteriormente la estructuración

propiamente dicha, la contrastación y finalmente la teorización. Este autor nos dice que

(...) al reflexionar y concentrarse en la información, en esa contemplación, irán apareciendo en nuestra mente las categorías o las expresiones que mejor las describen y las propiedades o atributos más adecuados para especificarlos y, poco a poco, también la estructura teórica que los integra en un todo coherente y lógico. (2006: 140).

Ahora bien, en lo que se refiere al proceso de categorización de manera particular, este mismo autor señala que si la información obtenida es lo más completa y detallada posible, la etapa de la categorización o clasificación exige una condición previa: el esfuerzo de "sumergirse" mentalmente, del modo más intenso posible, en la realidad ahí expresada. Nos indica que en la práctica, en cada revisión del material disponible es útil ir haciendo anotaciones marginales, subrayando los nombres, verbos, adjetivos, adverbios o expresiones más significativos y que tienen mayor poder descriptivo, poniendo símbolos pictográficos, nemónicos o numéricos, que permitan ir elaborando esquemas de interpretación posible, diseñando y rediseñando los conceptos de manera constante.

Se trata entonces de "categorizar" o clasificar las partes en relación con el todo, de asignar categorías o clases significativas, de ir constantemente integrando y reintegrando el todo y las partes a medida que se revisa el material, y de allí va emergiendo el significado de cada sector, evento, hecho o dato (categoría). María Eumelia Galeano, citada en Romero Chaves (2005) establece que:

Las categorías se entienden como ordenadores epistemológicos, campos de agrupación temática, supuestos implícitos en el problema y recursos analíticos como unidades significativas que dan sentido a los datos y permiten reducirlos, compararlos y relacionarlos. Categorizar es poner juntas las cosas que van juntas. Es agrupar datos que comportan significados similares. Es clasificar la información de acuerdo a criterios temáticos referidos a la búsqueda de significados. Es conceptuar con un término o expresión que sea claro e inequívoco, el contenido de cada unidad temática, con el fin de clasificar, contrastar, interpretar, analizar y teorizar. (2005:114).

Así, como parte del proceso de recopilación de vivencias, se empleó la categorización para el análisis, interpretación y reflexión de las experiencias vividas por las informantes, donde los procesos de caracterización y categorización de los eventos, permitió ir construyendo el análisis dentro y desde la teoría que nos soporta.

Luego del momento de la categorización, se pasó al momento de la estructuración, lo cual implicó un proceso de integración de las categorías particulares o individuales en categorías más generales y comprensivas. Esta última instancia podría considerarse como una “gran categoría” o categoría central, más amplia, detallada y más compleja; como el tronco del árbol que integra y une todas las ramas. (Miguel Martínez, 2006).

De acuerdo con Strauss y Corbin (2002; citado en Arias 2019) la categoría central, algunas veces llamada categoría medular, representa el tema principal de la investigación. En la presente investigación, surgieron dos (02) categorías centrales: a la categoría centrada en el Discurso Social de la Maternidad/Infertilidad la denominamos como EL VIACRUCIS, ya que en ella se reúnen la estigmatización social y los momentos de sufrimiento que vivieron nuestras informantes desde la construcción simbólica de la maternidad e infertilidad; a la segunda categoría centrada en el Discurso Médico de la Maternidad/Infertilidad, la denominamos como IATROGENIA DEL VIACRUCIS, pues recoge todo lo que surge desde la visión de la infertilidad como enfermedad y cómo el saber/poder médico se ha apropiado del cuerpo de las mujeres en su favor, sometiéndolo a sus designios.

De estas categorías centrales se derivaron las subcategorías y emergieron las propiedades, las cuales se presentan en la Tabla 1. A propósito de ello, es importante destacar que según Strauss y Corbin (2002; citado en Arias 2019) las subcategorías son conceptos que pertenecen a una categoría, que le dan claridad

adicional y especificidad; mientras que las propiedades son características de una categoría, cuya delineación la define y le da significado.

Posteriormente se pasó al momento de contrastación o interpretación, que es el momento en el cual el/la investigador/a busca relacionar la estructura descriptiva que emergió del fenómeno, con las conclusiones, teorías, conceptos y proposiciones de otros estudiosos para compararlas, contraponerlas, entender mejor las posibles diferencias y lograr una integración (interpretación) mayor del conocimiento, del fenómeno o sujeto/objeto de estudio. (Díaz, 2011).

Finalmente, se llegó al momento de la teorización (abstracción, conceptualización, epísteme), el cual consistió en un cierre gestáltico, una síntesis final, el logro del círculo hermenéutico (planteado por Heidegger y Gadamer; citados en Díaz, 2011) desde una interpretación con coherencia científica pero también epistemológica. La teoría que emerge de la investigación pasa a ser una construcción mental simbólica, verbal o icónica, de naturaleza conjetural o hipotética, que nos obliga a pensar de un modo nuevo al completar, integrar, unificar, sistematizar o interpretar un cuerpo de conocimientos que hasta el momento se consideraban incompletos, imprecisos, inconexos o intuitivos (Martínez, 2006; Díaz, 2011).

Para la presentación de la información en el texto, las voces de nuestras informantes se integraron con las teorías y reflexiones hechas en cada categoría y subcategoría, y en la medida en que se fueron desarrollando las propiedades emergentes en cada una de ellas. En términos de formato, las narrativas se presentan en cursivas y entrecorilladas, identificando a cada una de las mujeres que compartieron su vivencia, con el pseudónimo de informante, acompañado de un número arábigo (enumerado en estricto orden en el que se realizaron las entrevistas).

### ***Análisis de la Información***

Para llevar a cabo el análisis de la información recogida en los discursos de nuestras informantes, nos valimos de medios propios de forma manual, no hicimos uso de programas informáticos que facilitaran el análisis de la información, sino que por el contrario, nos propusimos realizar una internalización de la información, haciendo uso de la totalidad de los discursos de las informantes. Así, se realizó la codificación y categorización como parte del proceso de análisis de los datos, empleando como códigos breves etiquetas que se construyeron en la interacción con la información presente en cada discurso, haciéndolo línea por línea, párrafo por párrafo, incidente por incidente e historia por historia, a partir de la transcripción de la totalidad de cada entrevista. Esta operación asignó a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que se consideró incluido, y se le asignó un carácter visual (colores distintivos) para finalmente llegar a la categorización que permitió la asociación de los códigos a una determinada categoría o subcategoría. La credibilidad de la información se estableció a través de las informantes, quienes expresaron libremente sus experiencias, y el uso de sus propias palabras fue empleado para la generación de los códigos.

**Tabla I. Categoría Central, Sub-categorías y propiedades**

<b>Categoría Central</b>	<b>Sub-categorías</b>	<b>Propiedades</b>
EL VIACRUCIS (Lo que subyace en el Discurso Social de la Maternidad/Infertilidad)	“Es que yo quiero ser mamá”: Ser mujer/madre, un bastión identitario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidad de Género</li> <li>• Estereotipos de Género</li> <li>• Representaciones sociales de Género y maternidad</li> <li>• Deseo de maternidad</li> </ul>
	¿Maternidad por decisión o por presión?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda social: presión social</li> <li>• Demanda familiar: Presión familiar</li> <li>• Demanda de la pareja: Presión de la pareja</li> <li>• Auto-demanda: Presión propia</li> <li>• ¿Demanda = Deseo?</li> </ul>
	La reproducción de la maternidad en el lenguaje cotidiano y en las expresiones mágico-religiosas: ¿Una anatema?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia verbal y simbólica</li> <li>• Supersticiones y creencias</li> </ul>
	El estigma de la edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reloj biológico y postergación de la maternidad</li> <li>• Libertad sexual y genésica</li> </ul>
	El dolor detrás del deseo forjado y el sufrimiento asociado a la espera. ¿Cualquier sacrificio es válido?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El duelo</li> <li>• Sacrificios propios de los tratamientos</li> <li>• La espera</li> </ul>
	Un peregrinar en soledad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento de la pareja</li> <li>• Aislamiento/Ocultamiento</li> <li>• Acompañamiento psicológico</li> </ul>
	¿Es la adopción una opción?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones de filiación y parentesco</li> <li>• Miedo/Rechazo al proceso de adopción</li> <li>• Donación de gametos: ¿es una forma de adopción?</li> </ul>
	Las mujeres se definen a sí mismas y a sus cuerpos a través de la expresión médica de la infertilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sospecha</li> <li>• La percepción del cuerpo</li> <li>• Medicalización de la in-fertilidad</li> <li>• Sexualidad marginada</li> </ul>
	Los riesgos detrás de la fertilización asistida: ¿Poner la vida en manos de la ciencia médica es realmente necesario?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El dolor físico o evidente</li> <li>• El dolor mental o viviente</li> <li>• Riesgos y consecuencias</li> <li>• ¿TRHA: una forma de violencia contra las mujeres?</li> </ul>
	IATROGENIA DEL VIACRUCIS (Lo que subyace en el Discurso Médico de la Maternidad/Infertilidad)	La vivencia/percepción de la atención médica.
Y ¿dónde quedó la ética?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatuto del embrión</li> <li>• Cantidad de embriones implantados</li> <li>• Calidad del embrión y selección de embriones</li> <li>• Preservación/Eliminación de embriones</li> <li>• Donación de gametos/embriones</li> <li>• Subrogación</li> </ul>
Maternidad discriminada: ¿Tratamiento disponible solo para una clase privilegiada?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminación para el acceso</li> <li>• Elevados costos de los tratamientos</li> <li>• Medicina reproductiva solo en el ámbito privado en Venezuela</li> <li>• Invertir en TRHA vs. Invertir en investigación y prevención de la infertilidad</li> </ul>

## DESENTRAÑANDO LAS VIVENCIAS

Hemos venido desarrollando a lo largo de este trabajo, la influencia del discurso social y del discurso médico en la construcción socio-simbólica de la maternidad y su impacto en la praxis de procedimientos de fertilización asistida como una forma de satisfacer la necesidad de tener hijos/as, de mujeres que han sido diagnosticadas por la ciencia médica como infértiles.

Como hemos venido comentando que, los discursos sociales acerca de la determinación de tener hijos/as se articulan con representaciones y concepciones que giran alrededor de aspectos tales como la familia, el matrimonio, la pareja, la sexualidad, los derechos individuales y los códigos sociales (religión, educación, medios de comunicación); dichas concepciones/representaciones están indefectiblemente transversalizadas por las relaciones de género, a partir de las cuales se establecen las posibilidades, los límites y los criterios para la toma de decisiones y para dar forma al proyecto de vida de las mujeres. De allí se deriva que en esa construcción de la identidad femenina tan asociada a la “necesidad” de ser madre, una mujer que no “lo logre” por la “vía natural”, busque respuestas en lo que la ciencia médica pone a su disposición: las nuevas tecnologías de reproducción humana asistida. Es allí donde entra en juego el discurso médico, que se apropia de esta “necesidad” y juega con la emocionalidad de las mujeres, ofreciéndoles alternativas que no siempre satisfacen su “deseo de ser madres”, que pueden dejar secuelas físicas y emocionales e incluso poner en riesgo sus vidas.

Partiendo de todo lo anteriormente expuesto, se describirán y analizarán los eventos o nudos críticos (categorías y subcategorías) que emergieron a partir de las entrevistas realizadas, en relación con el tema que hemos venido abordando, donde se observan los diversos discursos a partir de los cuales las mujeres articulan su

proyecto de vida, y el lugar, la importancia y el significado que atribuyen a la maternidad e infertilidad, así como a los procedimientos de fertilización asistida por los cuales transitaron.

## **EL VIACRUCIS**

Las alteraciones de la fertilidad constituyen uno de los principales problemas de salud sexual y reproductiva que deriva, la mayoría de las veces, en consecuencias psíquicas y sociales para las mujeres, en todas sus dimensiones, es decir, afecta no solo su estado físico, sino también el psíquico, social y emocional, llevándolas a un sufrimiento tal, que quisimos hacer la analogía con EL VIACRUCIS.

Como hemos venido expresando, este sufrimiento surge desde los significados/significantes sobre el “ser mujer” que subyacen en el discurso social partiendo del sistema de género que se ha instituido, y entendiendo la asociación naturalizada que desde este discurso se plantea entre el “ser mujer” y el “ser madre”, da cuenta de la importancia que ha sido atribuida por la sociedad a la fertilidad femenina y a los roles establecidos por cada cultura para la mujer/madre, por lo que, ante la ausencia de procreación, sea considerado como un “incumplimiento de la norma”. Al respecto nos señala Carme Fitó que

*“La producción de una imagen cultural femenina siempre va ligada a la regulación del género, de lo que es apropiado y de lo que no, y se construye con el cuerpo y a través del cuerpo. En este sentido la infertilidad produce una anomalía del género, porque no se puede cumplir la norma social reguladora”. (2010:137).*

De allí que, debatir sobre la infertilidad femenina desde una perspectiva feminista, conlleve entonces reconocer que esta no es una problemática meramente biológica, ni particular, sino que tiene que ser entendida a partir del sistema político, económico y cultural en el cual nos encontramos inmersas las mujeres, ya que guarda una estrecha relación con las condiciones en las que se encuentran en el ámbito social. Es por ello que, con esta categoría central del Viacrucis, pretendemos

cuestionar cómo se configuran los discursos sobre la identidad femenina asociada a la concepción de la maternidad, y el impacto social y psicológico que tiene sobre ellas la infertilidad, así como también nos proponemos indagar acerca de la manera en la que dichos discursos interpelan sus vidas a partir de sus condiciones, y cómo conciben el mandato de la maternidad como un fenómeno social que es influenciado por distintos aspectos (económicos, culturales, normativos, sociales y simbólicos), al analizarlo desde las propias voces de las mujeres que viven la experiencia de la infertilidad y que, en consecuencia, deciden acudir al uso de las TRHA. Entender y tratar estos aspectos desde una perspectiva feminista para su adecuado abordaje, nos permitió además, aproximarnos a algunas propuestas para intentar lograr cambios desde lo socio-cultural.

A propósito de ello, a continuación develaremos las subcategorías y propiedades que emergieron desde el imaginario de nuestras informantes, con relación a lo construido socialmente sobre la maternidad/infertilidad, y los sufrimientos asociados durante sus vivencias al acceder a las TRHA.

### ***“Es que yo quiero ser mamá”: Ser mujer/madre, un bastión identitario***

*La identidad de las mujeres es el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida.*  
*Marcela Lagarde*

Cada persona desarrolla un sentido personal de sí misma en función de sus experiencias, de su historia, de sus características y de sus percepciones, así como en función de sus interacciones y de los valores y normas que rigen su cultura. Debido al dilema que subyace en el concepto de la identidad, algunas veces se confunde la identidad personal con el autoconcepto o la autoestima, en gran medida porque todos estos aspectos hacen referencia al sentido del sí mismo o al “yo” (Páez y col., 2004). Sin embargo, pese a que todos son conceptos relacionados entre sí, existe una importante diferenciación entre ellos. En lo que respecta al autoconcepto es importante decir que éste hace referencia al conjunto de ideas, imágenes, sentimientos y pensamientos que una persona tiene de sí misma. De acuerdo con Rosenberg (1982), el autoconcepto tiene dos dimensiones o componentes: el elemento cognitivo (que se refiere a los pensamientos) y el evaluativo (que se refiere a los sentimientos). De manera que el autoconcepto es el conjunto de creencias que una persona tiene sobre sí misma y que abarca imagen corporal, valores, habilidades y características, pero a su vez está vinculado con un aspecto afectivo que se relaciona con la autoestima, la cual representa los sentimientos positivos o negativos que una persona posee sobre sí misma.

Por su parte, la identidad se refiere a aquellos aspectos o características que permiten diferenciarse de otras personas y a la vez ubicarse como parte de un grupo, ante el reconocimiento de rasgos o comportamientos que sirven de referencia. La identidad constituye entonces una construcción personal en tanto involucra el reconocimiento de la singularidad, la unicidad y la exclusividad que permiten a una persona saberse como única, pero a su vez, es también y de manera

muy importante una construcción social, en tanto recoge los atributos que una sociedad emplea para establecer categorías de personas, de manera que una persona puede identificarse con determinado grupo y diferenciarse de otro (Rocha, 2009). Dicho de forma más simple, cuando se habla de identidad, se habla de la persona pero en su pertenencia a un grupo.

Al respecto señala María Jayme que

Todo individuo, desarrolla una particular imagen mental de sí mismo, basada en un modelo de ser humano con el que da sentido a su complejo mundo interior, siendo tal identidad la esencia de la vida cognitiva, afectiva, emocional y conductual. Se trata de un proceso de identificación con ese tipo de persona que permite una autodescripción plena, al tiempo que nos hace ser conscientes de la propia individualidad, del ser diferentes y únicos respecto a los otros individuos que constituyen nuestro grupo social. La interacción con otras personas es, además, esencial en el proceso de consolidación de la propia identidad, en tanto que aprendemos a reconocernos a través de las relaciones que establecemos con los demás. El proceso de autoconocimiento es parejo al del conocimiento del mundo que nos rodea, y en él la identidad personal define un espacio esencial que va adquiriendo forma poco a poco, influida por nuestra percepción de la realidad y a la vez influyendo en ésta. (2005: 8).

Así mismo, y para reforzar lo anterior, Luciana Isa nos dice que

(...) la pertenencia a una pluralidad de colectivos, lejos de eclipsar la identidad personal, es precisamente la que la define y constituye; cuantos más amplios son esos círculos de pertenencia, más se refuerza y reafirma la identidad individual. La pertenencia implica la inclusión de la personalidad individual en una colectividad, mediante la apropiación, al menos parcial, del complejo simbólico-cultural de dicha colectividad. En esta secuencia, se resalta el concepto acerca de que la identidad se halla siempre dotada de determinado valor para el sujeto, distinto del que confiere a los demás sujetos que constituyen su contraparte en el proceso de interacción social, ya que la identidad se convierte en el valor central en torno al cual cada individuo organiza su relación con el mundo y con los demás sujetos. (2017:153).

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores, es posible ahora adentrarse en la conceptualización y desarrollo de una identidad peculiarmente trascendental en la vida de las personas, una identidad que se forja en el entramado de un cuerpo

biológicamente diferente y un conglomerado de valores y significados en torno a éste: *la identidad de género*. Tal como la identidad personal, la configuración de la identidad de género implica diversas variables y procesos. Conceptuar el constructo de identidad de género no ha sido sencillo, entre otras cosas por la confusión conceptual que acompaña a la categoría Género, por su asociación con términos como: sexo, sexualidad, deseo sexual y diferencia sexual.

Para Martha Lamas

El género es el conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando a la diferencia sexual como base. Esta construcción social funciona como una especie de "filtro" cultural con el cual se interpreta al mundo, y también como una especie de armadura con la que se constriñen las decisiones y oportunidades de las personas dependiendo de si tienen cuerpo de mujer o cuerpo de hombre. Todas las sociedades clasifican qué es "lo propio" de las mujeres y "lo propio" de los hombres, y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas (2007:1).

Más recientemente, esta misma autora (Lamas, 2013) nos aclara además, en relación con la categoría Género, que los comportamientos sociales no dependen de forma unívoca de los hechos biológicos, aunque tampoco se explican totalmente por lo social. En esta perspectiva coexisten distintos enfoques dentro de un intento común por interpretar el género como un sistema de relaciones culturales entre los sexos. Así, el género es una construcción simbólica, establecida sobre los datos biológicos de la diferencia sexual. A propósito de esto, y a los fines de dar sustento a lo que proponemos en esta investigación, dada la temática que hemos venido desarrollando, esta autora, señala que

La comprensión del concepto de género se ha vuelto imprescindible, no solo porque se propone explorar uno de los problemas intelectuales y humanos más intrigantes - ¿Cuál es la verdadera diferencia entre los cuerpos sexuados y los seres socialmente construidos? -, sino también porque está en el centro de uno de los debates políticos más trascendentes: el del papel de las mujeres en la sociedad. Utilizar la categoría género para referirse a los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre los hombres y las mujeres, obliga a

remitirse a la fuerza de lo social, y abre la posibilidad de la transformación de costumbres e ideas. (2013: 10-11).

Así mismo, Marbella Camacaro sostiene que no es posible referirnos al sexo sin que esté asociado al género, y viceversa, ya que

(...) ambas categorías conforman la vida de las personas y a su vez influyen en la dinámica de los grupos poblacionales. El interés por la distinción como conceptos está dado porque el sexo se refiere a aspectos biológicos mientras el género se refiere a la interpretación social construida por la cultura sobre la pertenencia a alguno de los sexos. El género es todo aquel significado que se elabora a partir de la interpretación de la diferencia biológica. Se viene a la vida con un sexo biológico, y sobre ese sexo se construye una subjetividad, una kinestesia, una forma de sentir y una forma de percibirse e igualmente se asigna y se interioriza un lugar signifiante y una valoración. Podríamos aseverar que el género atraviesa y afecta todas las relaciones, condiciones, posiciones, salud, justicia, personalidad, afectos, las políticas, el placer, sexualidad, cuidado de la infancia, reproducción, es decir, viene a ser nuestra forma de mirar y estar en el mundo, es una forma de ordenamiento social. (2020:17).

Por su parte, Judith Butler (2007) amplía el debate al hacernos reflexionar sobre lo erróneo que es pensar que primero debe analizarse la “identidad” y después la “identidad de género” por la sencilla razón de que las personas sólo se vuelven inteligibles cuando poseen un género que se ajusta a normas reconocibles de inteligibilidad de género. Al respecto, esta autora afirma que

La matriz cultural -mediante la cual se ha hecho inteligible la identidad de género-, exige que algunos tipos de «identidades» no puedan «existir»: aquellas en las que el género no es consecuencia del sexo y otras en las que las prácticas del deseo no son «consecuencia» ni del sexo ni del género. En este contexto, «consecuencia» es una relación política de vinculación creada por las leyes culturales, las cuales determinan y reglamentan la forma y el significado de la sexualidad. En realidad, precisamente porque algunos tipos de «identidades de género» no se adaptan a esas reglas de inteligibilidad cultural, dichas identidades se manifiestan únicamente como defectos en el desarrollo o imposibilidades lógicas desde el interior de ese campo. No obstante, su insistencia y proliferación otorgan grandes oportunidades para mostrar los límites y los propósitos reguladores de ese campo de inteligibilidad y, por tanto, para revelar -dentro de los límites mismos de esa matriz de inteligibilidad- otras matrices diferentes y subversivas de orden de género. (2007: 71-72).

En este contexto, podemos comprender como el concepto de “género” ha sido considerado uno de los puntos clave en el desarrollo de la teoría feminista, que distingue entre el sexo biológico y la socialización de la feminidad y la masculinidad, y eventualmente, de otras formas de identidad de género y deseo sexual. Al respecto hay que mencionar, lo que nos plantea María Lampert (2017), quien nos señala cómo el concepto de género ha evolucionado históricamente en el devenir feminista. Según esta autora

(...) la teoría feminista de la segunda ola, distingue entre el sexo biológico y la socialización de la feminidad y la masculinidad. Pero su desarrollo y profundización como categoría de análisis, avanzó desde el dualismo que enfrenta lo natural a lo aprendido (biología/sociedad), hacia la conexión de los aspectos psicológicos con la organización social, los roles sociales con los símbolos culturales, las creencias normativas con la experiencia del cuerpo y la sexualidad (...) el feminismo de la tercera ola dio paso a una nueva profundización teórica de la mano de la teoría *queer*, al reconocer que ni el género ni la sexualidad, son sistemas duales excluyentes, sino que el género y el deseo sexual son flexibles y flotan libremente dando lugar a múltiples posiciones de la identidad, que comprenden el cuerpo como expresión personal y la pluralidad de los géneros. De allí la importancia de tener en cuenta también, las definiciones de identidad de género y orientación sexual, contenidas en los Principios de Yogyakarta (2007), que no son más que aquellos principios sobre cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Según este documento, la identidad de género es independiente del sexo registral y es determinada por la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente; mientras que, la orientación sexual, se define como la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas”. (2017: 1-2).

Sobre la base de lo expuesto por Lamas (2007; 2013), Butler (2007), Lampert (2017) y Camacaro (2020), podemos extraer que la identidad de género es vista como un constructo multifactorial en tanto obedece a múltiples variables a través de las personas y las culturas. Ahora bien, tomando en cuenta cómo ha evolucionado y todo lo que implica la categoría Género, para efectos del tema que venimos abordando, nos apoyaremos en la construcción de la identidad de género vista

desde la concepción feminista de la segunda ola, es decir, la identidad que recoge los imperativos, sobre el ser hombre o mujer, como un proceso complejo que involucra factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos, que implica un proceso de socialización continuo y permanente a través de la vida, en el cual se internalizan los estereotipos y los roles asignados socialmente a hombres y a mujeres, traduciéndose en la ejecución de un comportamiento diferencial y en la posesión de características diferentes; los cuales a partir de la hegemonía patriarcal-androcéntrica subsumen a las mujeres en su ser-estar en la sociedad, quedando bajo el control de un poder institucionalizado desde lo masculino.

Así pues, y de manera general, la identidad de género implicaría algo más que la posesión de características sexuales diferenciales, sino que además incorporaría aspectos comportamentales, elementos cognitivos y motivacionales que en conjunto darían significado al sentido de sí mismo de cada persona en el contexto de una cultura dada, según su condición de hombre o mujer. En este contexto, vale la pena recordar que, la asignación del género se produce desde que nacemos a través de la socialización en la familia, la escuela y las relaciones con los pares, y se va reforzando a lo largo de la vida por el condicionamiento de reglas, normas institucionales, mensajes y discursos sociales. Una de las características de esta asignación es que se realiza en función de roles y estereotipos sociales, que encasillan las actividades e identidades de mujeres y hombres. Pero ¿Qué son los estereotipos de Género?

Los *estereotipos de género* representan las características de comportamientos, sentimientos, actitudes, valores y normas que componen el modelo culturalmente construido de lo que es ser hombre o ser mujer, y, según el cual, se espera que se guíen los miembros del grupo social. Esta tipificación de género, que consiste en la simplificación de las características y comportamientos humanos, vinculándoles a

asociaciones ligadas al sexo, marca las pautas sociales de la educación diferencial de niños y niñas, así como orienta las expectativas de los miembros de la sociedad hacia los individuos varones o mujeres. (González, 1999).

Para reforzar lo que hemos venido planteando, y a propósito del tema que estamos abordando, Castillo y Montes nos señalan que

Existe un amplio acuerdo en considerar a los estereotipos en general como el aspecto cognitivo del prejuicio. Los estereotipos influyen en el procesamiento de la información sobre los grupos sociales, así como sobre nuestro comportamiento y el de los demás. Centrándonos en los estereotipos de género, estos son uno de los tipos de creencias que, junto con la identidad e ideología de género, subyacen a las conductas discriminatorias basadas en la categorización de una persona como mujer u hombre. Por estereotipos de género se entiende el conjunto estructurado de creencias compartidas dentro de una cultura o grupo acerca de los atributos o características que posee cada género. Según la teoría del rol social, las creencias estereotípicas sobre los grupos de género surgen porque al observar que cada grupo realiza roles sociales diferentes se infiere la existencia de disposiciones internas distintas. Estas creencias, el proceso de socialización y los procesos individuales favorecen la aparición de comportamientos diferenciados entre mujeres y hombres, y en consecuencia el mantenimiento de estos estereotipos. Además, los estereotipos de género conllevan importantes consecuencias negativas pues limitan el desarrollo integral de las personas, influyendo sobre sus preferencias, desarrollo de habilidades, aspiraciones, emociones, estado físico, rendimiento, etc. Estas consecuencias recaen indudablemente en mayor medida sobre las mujeres, favoreciendo además, su vulnerabilidad para ser víctimas de violencia. (2014: 1044).

Los estereotipos de género predominantes establecen que las mujeres deben ser dulces, calladas, ordenadas y maternales, y los hombres, atrevidos, desordenados, fuertes y toscos, entre otras cualidades que se alinean según la división de la esfera pública y privada (Arroyo y Castañeda, 2021). Estas asignaciones estereotipadas resumen y expresan la base sociocultural sobre la que se asienta la construcción de las diferencias sexuales y la desigualdad derivada de su representación.

Estos estereotipos y roles de género tienen características comunes que se convierten en ejes organizadores de la feminidad y la masculinidad. Dichos ejes cumplen la función social de normar el comportamiento de las personas y el de las instituciones con base en las relaciones de género. Para las mujeres, los estereotipos sobrevaloran las tareas reproductivas y la maternidad como actividades definitorias del “ser mujer”. Ligadas a estos atributos, se aprecian otras cualidades que se consideran parte del “sentido íntimo de la maternidad”, como el altruismo, la intuición y la abnegación por el cuidado de las y los integrantes de la familia. (Chodorow, 1984; Fuller, 2005).

Lo femenino se ha definido siempre en torno a la maternidad y se ha estigmatizado a aquellas mujeres que no han cumplido con su rol de madre. Según el mito patriarcal-androcéntrico de la maternidad, una mujer tiene que tener hijos/as para poder desarrollar todo su potencial y llegar a ser una mujer de verdad. Así, la fertilidad y la formación de la familia son aspiraciones que se encuentran imbricadas en universos de sentido y por lo tanto no están al margen de los elementos socioculturales que las moldean, responde a convenciones y son consecuencias de un aprendizaje social que nos indica aquello a lo que debemos aspirar en un momento determinado del ciclo vital. Esto convierte entonces a la infertilidad, en un fenómeno del padecer a partir de la aparición de una crisis de sentido. Bajo esta noción, se entienden la fertilidad y la infertilidad como fenómenos expresados/padecidos en los cuerpos, en un contexto sociocultural que le da sentido, y que es el que condiciona a que las mujeres opten por las tecnologías reproductivas para poder cumplir la norma.

Al respecto, señalan Bestard y colaboradores, que

La idea de familia es completa si introducimos en la imagen a algunos niños/as. A pesar de las diferentes alternativas de familia, dos adultos con hijos se mantienen como la idea normativa de la familia conyugal. La tecnología trata de completar esta idea normativa, es decir, hace posible

la familia biológica. El "tener una familia" según el modelo normativo de familia nuclear biológica compuesta de padre, de madre y de hijos es una importante expectativa de muchas parejas en un momento de su ciclo vital. (2003: 105)

Esto nos permite reflexionar que, aun la maternidad continúa siendo un eje central de las identidades femeninas, pues se encuentra en el proyecto de vida que se espera de las mujeres, es como una especie de acuerdo tácito del avanzar en el curso de la vida. La maternidad permanece presente en el plan de vida de las mujeres, pues constituye una puerta de ingreso a una vida mejor o más completa.

En función de lo que hemos venido abordando en relación con la identidad femenina asociada a la maternidad, a continuación presentaremos algunos discursos de nuestras informantes que nos indican la influencia de esto que hemos venido esbozando, en lo que ellas mismas expresan como la necesidad o deseo de ser madres:

Informante N° 1: *“(...) siempre estuvo dentro de mi desde muy pequeñita, o sea, esa parte de que planificaba el futuro, y planificaba que yo quería tener hijos, desde muy pequeñita. Yo recuerdo una anécdota que una vez sentada así con mi papá comiendo y yo le dije: «Ay, yo quiero crecer», y yo todavía recuerdo eso, yo tenía como 4 años, y él muy emocionado me dijo «Ay si hija, por qué, quieres estudiar, quieres trabajar?», «¡No, es que yo quiero tener hijos!».”*

Informante N° 2: *“(...) yo inicié porque yo quería ser mamá, yo quería tener mis hijos, y bueno uno cuando quiere se somete hasta bueno pues, hasta lo indecible, y no me importaba (...) eso me motivaba pues, el querer tener un hijo, y bueno yo me sometí a todo eso (...) y a pesar de haber pasado por ese dolor de todo tipo y que uno pasa muy duro, pues yo en mi querer ser mama pase por todo eso, me permití, a mi cuerpo y a mí misma, y a mi mente pasar por todos estos procesos (...) porque yo quería pues, yo tenía ese anhelo pues de tener mi bebé, de cuidar, de alguien a quien educar (...) porque yo quería llegar a mi casa y tener a mis hijos que atender, o sea eso era algo que yo quería, que a mí me motivaba pues.”*

Informante N° 3: *“(...) porque eso le llega creo yo que a todas las mujeres, el deseo de ser mamá (...) no sé, yo creo que es algo que no te lo se explicar a ciencia cierta ahorita (...) porque es algo que tú quieres, deseas, que llega hasta ti, no sé, yo de repente en mi vida me planifiqué, voy a estudiar, me voy a graduar, después que me*

*gradúe me voy a casar, después que me case pues bueno voy a trabajar porque voy a asentarme y bueno pues voy a tener mis hijos (...) eso lo pensé yo así, de esa manera y lo hice así en realidad (...) pero es como algo que te falta, sabes (...) entiendo que no es igual para todas las mujeres evidentemente, pero al menos para mí es como que uno no está completo, me entiendes (...) no es esa dicha al cien por ciento, que tú te logras toda como mujer, me entiendes.”*

Informante N° 4: *“(...) bueno yo desde que era chiquita yo decía que yo quería tener morochos (...) ya yo había disfrutado, ya yo había alcanzado mi realización personal y profesional, y ya quería pues tener una familia (...) y yo siempre había deseado tener una familia pues (...) sé que el deseo de ser mama no viene de la nada, el deseo está ahí y de ti depende si lo tomas como un regalo o no (...) y para mi ser madre significa trascender, significa que en esa personita que yo traje al mundo, uno siente que uno fue el que le dio los ojos, la boca, la cabeza, los brazos, porque se formó en ti (...) yo voy a dejar una vida a través de mí, voy a decir sí a dejar una vida aquí y voy a tratar de que esa vida sea mi mejor versión.”*

Informante N° 5: *“Yo digo que eso es algo que uno siente (...) pero era que yo quería ser mama, yo decía de alguna manera, o sea, por qué yo necesito ser mama, yo quiero ser mama, no sé, no te lo puedo explicar (...) es simplemente que yo quiero ser mama, o sea, eso es algo que a ti te llega, o sea, que te llega (...) yo me gradué, me fui a estudiar, tenía una pareja y jamás por mi mente paso salir embarazada, sino que en el momento que llegó, yo dije, yo quiero ser mama, y bueno nada, me tocó el camino difícil, pero no sé, es algo que es como una voz interna que te dice que quieres ser mama.”*

Informante N° 6: *“(...) ese es otro momento de mi vida en donde mis etapas bueno, conchale ya había logrado el cargo, había logrado tener una estabilidad económica, él [su esposo] tenía su trabajo, su carro, yo tenía mi carro, mi apartamento que fue algo que luché también, bueno como algo de superación que tiene todo el mundo, y entonces faltaba eso (...) cuando yo me vaya, lo único que me faltará es haber vivido esa experiencia, y me pongo a pensar cómo es llevar un niño dentro, qué se siente (...) es que hay distinta gente, y hay unas que nacen para ser madres y yo tenía muchas ganas y eso, pero yo no, no fui (...) luego después, mucho tiempo después, entendí, o por cosas ya de la vida o la madurez, de todo, que bueno, que no me correspondía tener hijos (...) ahorita como te digo, sí, yo vivo plenamente el día tras día, y veo que eso ya no me afecta, pero si hay momentos en que yo pienso no, como hubiera sido la sensación de tener, cuando veo alguna serie o cuando veo en mi residencia a una madre jugando con sus hijos, como sería sentir un ser dentro de ti (...) me hubiera gustado saber como es esa sensación, pero ah bueno no, no estoy deprimida por eso, ni nada por eso.”*

El discurso de nuestras informantes nos revela que, convertirse en madre lleva implícito el haber querido ser madre. Según ellas, este deseo de maternidad no se puede explicar. Se tiene desde que se es una niña, o se despierta cuando menos lo espera, pero siempre hay que cumplirlo. Ya sea desde muy temprana edad o incluso después de alcanzar la vida adulta y haber cubierto distintas metas de vida, las mujeres se identifican con el estereotipo patriarcal-androcéntrico establecido en los roles de género, a partir del cual toda mujer debe identificarse con una madre. Para algunas mujeres, ya desde la infancia se va creando esa necesidad de cumplir con dicho rol social, para otras el posponer la maternidad también es una opción. Pero sin importar en que momento “se puede llegar a experimentar ese deseo o necesidad de ser madre” lo cierto es que pareciera que este estereotipo más allá de los tiempos modernos, sigue formando parte de la identidad femenina, y que toda mujer siente “esa necesidad o ese deseo” de cumplir con tal rol o misión de vida: Ser Mujer/Madre.

A fin de problematizar la propia noción de la categoría mujer/madre, como significado único, acabado y estable, es necesario adentrarnos en lo que las ideologías hegemónicas dominantes cristalizadas en discursos religiosos, políticos o científicos establecen como órdenes ideales que estructuran los pensamientos y las acciones, y que conllevan a experimentarlas como un orden social naturalizado y único posible, a modo de mantener las desigualdades pre-existentes: la maternidad es entendida como natural y como destino de las mujeres, y la idea del instinto y el amor maternal se convierten en guía para el ejercicio de la maternidad, por supuesto, basado en el sistema patriarcal-capitalista-androcéntrico que esquematiza un modelo ideal de familia que se caracteriza por ser nuclear, monogámico y heterosexual.

Este sistema propone, que el instinto maternal al ser natural y no necesitar esfuerzos para adquirirlo, ya que se presupone que es innato, debe ser una exigencia hacia las mujeres, y que aquellas que no demuestren ante la sociedad su amor materno, serán etiquetadas como “malas madres”. Ante esto, desde el feminismo, diversas autoras como De Beauvoir (1977), Badinter (1981; 1991), Sau (1995), Palomar Vereá (2004), Saletti Cuesta (2007) entre otras, desmontan el mito del instinto maternal, afirmando que éste no es más que una construcción social y cultural que proviene del sistema ideológico y hegemónico patriarcal-androcéntrico, que defiende la dominación de las mujeres.

Ahora bien, ¿de dónde parte esta noción?; para comprender un poco cómo funciona este sistema, habría que traer al discurso lo que se entiende por representaciones sociales, que no son más que instrumentos o herramientas de los/las sujetos/as que les permiten interpretar la realidad como miembros/as de un grupo y de una cultura, compartiendo un universo semántico que supone la posibilidad de comunicación e interacción social. La teoría de la representación social es un paradigma propuesto por Serge Moscovici (1976) en Francia, partiendo del psicoanálisis como objeto de estudio, demostrando que las atribuciones ingenuas de sentido común que la gente construye ante un objeto determinado, incluso sin tener una experiencia directa con ese objeto, pueden ser reveladoras para situar el nivel de información y el tipo de relación que se establece entre el sujeto y el objeto mismo, otorgando siempre un lugar importante a la afectividad (p. 713).

Partiendo de la teoría propuesta por Moscovici, podemos comprender entonces las *representaciones sociales de género*, como las pautas que son “propias” de un grupo sexual u otro, y que fueron construidas por la comunidad cultural a través de la historia en relación con los roles sociales y estereotipos de género, y que por tanto, se encuentran ancladas en la identidad construida del género desde una Ideología

fundamentada en el sistema patriarcal hegemónico androcéntrico. Tal como lo explica Fátima Flores,

(...) la orientación estructural en las representaciones sociales ha tenido aportes interesantes que hemos podido utilizar para comprender de qué manera la centralidad de una representación social, como es el rol de género, opone resistencias al cambio utilizando diversos elementos periféricos que están presentes en la cultura, como las ideologías y religiones, que son tan poderosas intersubjetivamente que no son fácilmente modificables, **su efecto de naturalización e internalización en la conciencia colectiva representa la garantía de su propia estabilidad.** (2010:341).

\*Las negrillas son nuestras

Esta misma autora en una publicación previa (Flores, 2001), nos explica en detalle que los niños y las niñas aprenden tempranamente y de manera progresiva todas y cada una de las acciones de sus contrapartes adultas, proceso en el que su rol en función del sexo deberá asumirse sin mayores contratiempos, definiendo su grado de pertenencia a una categoría específica así como su identidad personal. Aquí, es la diferencia, como noción central, la que determina el significado de la representación de sexo, es decir, el sistema central de esta representación contiene la noción de diferencia. Entre las representaciones que estructuran la vida de los niños y las niñas, el género es central, debido a que es una de las primeras categorizaciones sociales que adquieren, que además utilizan para anclar muchos de sus conocimientos acerca del mundo social y que legitimarán a lo largo de su propia experiencia.

Ahora, si bien es cierto que hay una construcción simbólica evidentemente arraigada desde la infancia de lo que significa ser mujer, y que da cuenta de las representaciones que prevalecen a la hora de definir la identidad femenina, también es necesario considerar que, los cambios generacionales y el mayor acceso de las mujeres a la educación universitaria, han promovido una mirada más crítica al sistema tradicional de género en la construcción de proyectos de vida basados en la libertad y la autonomía. Además, estos factores estarían influyendo en que la maternidad sea postergada con relación al desarrollo profesional y la incorporación

al mercado laboral, dimensiones que otorgan reconocimientos y gratificaciones a las mujeres. Adicionalmente, las mujeres que acceden a estudios superiores o que se desarrollan profesional/laboralmente, tienen un menor número de hijos/as en comparación con las que no tienen acceso a ellos. En ese contexto, las mujeres empiezan a reflexionar sobre la maternidad como una decisión más autónoma y no como obligación. (Fuller, 2005; Montilva, 2008; Cieza, 2019).

Las representaciones sociales muestran también que existen cambios en el reconocimiento de las decisiones de las mujeres sobre sus historias de vida de manera más libre y autónoma, pero a la vez se evidencian tensiones con la permanencia de nociones estereotipadas que responden a un sistema de género tradicional en relación con la maternidad. A propósito de esto, un estudio sobre representaciones sociales de la maternidad en mujeres jóvenes, realizado por Kelly Cieza, en Lima, Perú pudo evidenciar que:

Las jóvenes plantean su maternidad ideal como un estado que se alcanza alrededor de los treinta años, luego de fortalecer su desarrollo profesional y tener una base económica sólida, en el marco de un matrimonio o relación estable de pareja, idealizando tener alrededor de dos hijos/as para prodigarles suficiente tiempo y dedicación. Para ellas, el factor económico tiene mucha importancia cuando se aborda la maternidad, puesto que implica dar mejores condiciones de vida a la prole. Además, la idea que constituye el núcleo central de sus representaciones de la maternidad, es que se configura como el único espacio propio de las mujeres y compone una idealización de la familia hegemónica, a pesar de ser una fuente de tensiones entre el espacio doméstico y el espacio público. (2019: 48-49).

Así mismo, un estudio etnográfico realizado en España por Bruna Álvarez (2013) con mujeres que no tienen problemas de fertilidad, refuerza la noción de que la decisión de tener un hijo/a aparece como un razonamiento consciente derivado de un contexto económico y de pareja estable y de la cercanía a los 30 años de edad. En ese sentido, la maternidad «normal» se produciría dentro de un habitus moral, que es consecuencia de lo que se ha preformado socialmente, donde se valora la

estabilidad como un requisito para la maternidad. Al respecto esta autora explica que

(...) «en la sociedad, todo el mundo sabe y debe saber y aprender lo que debe hacer en cualquier situación». Así, ante un contexto de estabilidad por edad, pareja y economía, lo que se ha aprendido socialmente es que se puede empezar a pensar en tener un hijo o hija, ya que es el momento socialmente aceptado para que esto ocurra... las prácticas sociales no se pueden explicar solo a partir de los actores sociales, porque las mismas se realizan en tanto que habitus, es decir, sin un proceso consciente de reflexión, teniendo en cuenta los esquemas de percepción, pensamiento y acción, contextualizado dentro de la normativa social establecida. (2013:229).

Sobre la base de estos planteamientos, se puede develar entonces que, más allá de la actual coyuntura política, socio-económica y demográfica en torno a los roles de la mujer en distintos ámbitos, de ningún modo se ha traducido en un cambio en las estructuras simbólicas y en el imaginario colectivo, ya que la maternidad se sigue perfilando como uno de los pilares sobre los que descansa la subjetividad de las mujeres, hasta el punto de que la alternativa de no ser madre sigue siendo algo socialmente rechazado, tanto por los demás como por ellas mismas. Dichas representaciones simbólicas gobiernan los deseos de maternidad, a tal punto que ellas mismas no pueden explicar desde donde surge ese “deseo”, tal como pudimos extraer del discurso de nuestras informantes.

La construcción de la categoría maternidad y la importancia que le dan las mujeres en su vida es un elemento clave para su identidad, lo cual como ya ha sido expuesto, surge como una construcción socio-cultural presente en las representaciones sociales que devienen en el imaginario social o colectivo. Este proceso de construcción de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en las personas y en las instituciones, y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones, que producen de esta manera un complejo imaginario maternal basado en una idea

esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como bien lo explica Cristina Palomar Vereza

La construcción social del imaginario maternal es, como el resto del imaginario social de género, complejo y pleno de ambigüedades. Una de sus piezas centrales es el hecho de que la maternidad sintetiza las contradicciones de los ideales del género en nuestra sociedad: como experiencia femenina es un territorio plagado de lugares comunes y de apretadas y oscuras sentencias sobre lo que una mujer debe ser; como práctica real o como posibilidad es algo que a toda mujer se le plantea en algún momento de su proceso vital, si bien de diversas maneras. (2004:20).

Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos. De aquí es de donde se desprende la producción de estereotipos, de juicios y calificativos sobre la idea de “La Mujer/Madre”, que son dirigidos hacia las mujeres como una representación ideal, abstracta y generalizadora de la maternidad. Al respecto señala Silvia Tubert que

(...) la maternidad no es un producto inmediato de la capacidad reproductora de la mujer, sino que su ejercicio está articulado con los discursos ideológicos dominantes y con sus variaciones a través del tiempo (...) se ha ido tejiendo históricamente una red de significantes en nuestra cultura occidental, que producen efectos de sentido con respecto al hecho humano de la maternidad. La herencia cultural establece que tales efectos de sentido atraviesen las relaciones intersubjetivas (situadas en un sistema de parentesco) en las que nos construimos como sujetos... aún hoy **esta herencia cultural sigue transmitiendo como un dogma la idea de que la maternidad es la realización indispensable de la feminidad, que una mujer no es una verdadera mujer si no tiene hijos\***. (1991: 94-95).

\* Las negrillas son nuestras

De lo anterior se desprende entonces que, el “*deseo de ser madres*”, está presente en la construcción de la feminidad como un objetivo vital, una meta a la cual hay que llegar sin concesiones. La idea de que la naturaleza es la regente de las conductas humanas de procreación, ha dominado durante siglos los cuerpos de las mujeres, apurándolas a cumplir con este designio para no quedar en “falta”, es más, para no sentir que la “falta” las perseguirá de por vida. De allí que las tecnologías de

la reproducción y el desarrollo de procedimientos de fertilización asistida se constituyan en una forma de cubrir esa “falta”, y su promoción y accesibilidad se convierten en el premio a alcanzar. Posponer la maternidad es una opción, pues las mujeres también desean satisfacer otras esferas de su vida para lograr su desarrollo personal, sin embargo, al retrasar el momento de la maternidad y descubrir su “imposibilidad” para lograrlo por la “vía natural”, las hace buscar alternativas para obtener eso que “tanto anhelan”.

Como indican Bestard y colaboradores,

Con las técnicas de reproducción asistida la dimensión estrictamente biológica de la reproducción pasa a primer plano y se reduce su dimensión social a los aspectos legislativos y morales que estas técnicas han provocado. El tratamiento de infertilidad implica una uniformización funcional y semántica del universo multisignificativo de la reproducción humana. El deseo de engendrar puede tener su origen en un discutible instinto de maternidad o paternidad, pero en cualquier caso **se trata siempre de un deseo sobredeterminado social y culturalmente por multitud de contextos particulares. El tratamiento de infertilidad resignifica dentro de la disciplina biomédica el deseo de engendrar y lo transforma semánticamente en un proceso exclusivamente biológico\***. (2003: 116).

\* Las negrillas son nuestras

Sobre la base de lo expuesto, resulta necesario dejar sentado que la maternidad no es un hecho meramente biológico, y que por tanto, no existe un instinto materno; sino que por el contrario se convierte en una decisión social, cultural, política, personal y única de cada mujer. Si bien la maternidad ha sido asociada a las mujeres y a la femineidad bajo los parámetros patriarcales-androcéntricos ya comentados de la construcción simbólica del binomio Mujer/Madre, es claro que ello no es debido a una condición natural o una supuesta esencia femenina y, por lo tanto, tampoco significa que por ser mujeres el deber es ser madres.

## ¿Maternidad por decisión o por presión?

*Una frase que usamos mucho en el feminismo es que la maternidad será deseada o no será.  
Es decir, que la maternidad es por decisión, no por imposición o por presión.  
Alejandra Collado*

Un aspecto que se entrelaza con el anterior en relación con la identidad femenina, es la presión que ejerce el entorno social sobre las mujeres y que la lleva a desarrollar esa necesidad o deseo de convertirse en madres, y que para lograr cumplir ese *deseo forjado* tengan que acceder a los procedimientos de fertilización asistida.

Ese deseo de ser madres es casi un pasaje obligado para las mujeres, sobre todo en las relaciones heterosexuales, pues como ya hemos comentado, la relación Mujer/Madre se ha concebido social y culturalmente como algo heteronormativo, pero incluso va más allá, pues ese binomio está tan arraigado en lo que significa ser mujer, que aun en las relaciones homosexuales se ha convertido en la misma necesidad; solo es cuestión de esperar el mejor momento para concretarlo, donde el estar en pareja puede ser el primer paso para luego tener hijos/as, aunque no excluyente, pues también mujeres solas se plantean esta misma necesidad o deseo de ser madres. De allí precisamente que las TRHA sirvan para alcanzar el “deseo”.

Muchas mujeres llevan adelante su deseo sin cuestionarlo, sin pensar en las consecuencias, sin preguntarse si quieren hacerlo, si sus cuerpos y sus emociones están preparadas para recibir un/a hijo/a. Responden a esa fuerza interna en forma inconsciente, en algunos casos, presionadas por sus parejas o por otras personas del entorno. El medio es cruel con las mujeres que deciden esperar: *¿y para cuándo?* es la pregunta clásica, como un deber para completar la feminidad y así dar sentido al imaginario familiar y social. Las mujeres que cuestionan la presión social sobre sus

cuerpos y sus deseos saben que no es fácil enfrentarse a los condicionantes sociales y culturales.

Las mujeres, quieran o no, siempre son definidas en términos de su rol materno. Entre los costos a los que deben exponerse las mujeres adultas que no logran tener hijos/as, se encuentran la fuerte y constante presión social, así como la discriminación y los prejuicios de los que son objeto por parte de varios sectores de la sociedad tales como la familia, la pareja, amistades, compañeros/as de trabajo, médicos/as, la iglesia y los medios de comunicación, entre los más significativos.

Existen diversas estrategias que son usadas para llevar a las personas a ajustarse a las convenciones sociales, para hacer “lo que se debe” en determinados contextos, preocuparse por aspectos considerados esenciales en la vida o para generar interés en diversas circunstancias, convirtiéndose en *demandas sociales*. Dichas demandas, son definidas como presiones implícitas y explícitas del medio social que tienen la función de hacer actuar de determinada manera a las personas, así como mostrar actitudes que son apropiadas socialmente. Además, las demandas sociales son internalizadas por las personas, por lo que puede resultar complejo distinguir si son externas o internas ya que esa interiorización no es un proceso que sea consciente. (Muñiz, 2019).

Tal como lo define Luz Marina Arango

La demanda social es el recurso por medio del cual las sociedades ejercen presión directa para obtener un cambio, desarrollo o transformación, en las relaciones sociales y las cuales se institucionalizan en un grupo, de una sociedad determinada. (2014:47).

Como ya hemos venido explicando, los estereotipos, señalamientos y otras estrategias discursivas dirigidas hacia las mujeres sin hijos/as se expresan tanto en el discurso común de la sociedad, como por parte de las opiniones “expertas” de los

profesionales de la salud. En cuanto al discurso común, la presión social puede apreciarse como comentarios o representaciones que se dirigen a conductas consideradas transgresoras del patrón cultural y que pueden encontrarse en el lenguaje, al no existir un concepto positivo para definir a las mujeres que no han logrado tener hijos/as.

Esto implica una serie de supuestos producto de una interpretación cultural que se determinan por saberes que legitiman el sistema de género, a partir del cual se percibe la realidad. Así, se produce un imaginario basado en características que definen a las mujeres y desde las que se desprenden estereotipos del ser mujer que incluso “ellas mismas se auto aplican”. Es decir, al ser el sistema de género una producción de la cultura y vía por la cual se percibe la realidad, las mujeres, al desarrollarse en estos sistemas culturales se apropian de las normas y tradiciones de los mismos.

Desde el ámbito de lo social, es necesario enfatizar la influencia que tiene el medio sociocultural en el que se crece, en las aspiraciones de cada persona, y como hemos visto a lo largo del texto, la maternidad es uno de los objetivos primordiales de muchas mujeres. Así, cuando una mujer es infértil, no sólo aparecen sentimientos negativos por su vivencia personal del problema, sino que, en ocasiones, la influencia social hace que se desarrollen episodios de estrés o ansiedad. La *presión social* percibida sobre la estigmatización que provoca la infertilidad, les produce más ansiedad y sufrimiento que la percepción de la infertilidad en sí. El estigma social, sin duda alguna pasa a ser uno de los aspectos más dolorosos de su problema. En este contexto, Méndez y colaboradoras nos señalan que

(...) las alteraciones que presentan las mujeres con infertilidad se ven reflejadas en el ámbito social, sexual y psicológico. En este último aspecto se ha observado que el diagnóstico afecta a nivel de pareja, pero comúnmente suele ser la mujer quien experimenta la mayor carga de estrés, depresión, ansiedad, angustia y sentimientos de pérdida.

Socialmente se destaca el rol de la mujer como madre, donde las mujeres con infertilidad sienten presión social ante esta amenaza (infertilidad) por no cumplir con la norma social y rol femenino estereotipado, generando estigma y sentimientos de inferioridad. Siendo este otro factor el que contribuiría a que las mujeres presenten síntomas crónicos de ansiedad, depresión y/o estrés, además de alteraciones en la percepción del control sobre los acontecimientos, misma que puede generar una sensación de falta de integridad, incompetencia y autovaloración negativa. (2022: 709-710).

En ocasiones, es la propia *familia* la que pregunta y anima al nacimiento de un/a hijo/a cuando la pareja está pasando por esta situación y ellos lo desconocen. Las distintas frases y comentarios (que incluso existen en el imaginario popular) pueden influir negativamente en el bienestar de las mujeres y fomentar su tendencia a la soledad. También pueden sentirse incómodas cuando sus amigos/as o familiares de su edad comienzan a tener hijos/as y a hacer su vida en torno a ellas, lo que les recuerda una vez más su dificultad para ser madres. La evitación de conductas, como relacionarse con algunos seres queridos, se hace cada vez más frecuente para impedir un mayor sufrimiento.

Siguiendo en esta línea, las mujeres también evitan frecuentar sitios que le recuerden su incapacidad para ser madre, como parques, colegios o guarderías. Muchas evitan, además, compartir su problema y sentimientos con sus seres queridos. Sin embargo, según algunos estudios (Sañudo, 2014), la falta de apoyo social o de comprensión se relaciona directamente con el aumento del sufrimiento psicológico de las mujeres infértiles.

Al respecto Martínez y Rangel nos señalan que

Cuando la infertilidad provoca en la esfera emocional de la mujer el desarrollo de un episodio depresivo, por lo general se debe al estrés y ansiedad a la que esta se enfrenta, así mismo las presiones familiares y sociales la hacen sentir, moralmente devaluada y personalmente inútil en el cumplimiento de su rol como madre, afectando gravemente su autoestima. Su sentido de autoeficacia decae totalmente y se siente marginada. A lo largo del tiempo se ha enfatizado la importancia de la

maternidad en el rol de mujer en la sociedad, y la infertilidad se ha visto como una situación adversa que derrumba su proyecto de vida. Igualmente otras creencias provocan que las mujeres infértiles se sientan devaluadas, menos mujeres, inútiles, incompetentes e incompletas. (2016: 24).

Por otra parte, la imagen que las *parejas* tienen de sí mismas se ve alterada cuando no pueden desarrollar su feminidad o masculinidad, expresado en términos de procreación. En la pareja puede surgir una crisis psíquica o emocional, pues ambos están sometidos a situaciones de mucho estrés y es probable que los cónyuges se culpabilicen entre ellos, e incluso, en ocasiones se llegan a plantear el futuro de la pareja sin un/a hijo/a. Al respecto, Rosario Domínguez (2002) ha señalado que clínicamente se puede observar que la respuesta de un miembro de la pareja influye la respuesta emocional del otro; por ejemplo, el desborde emocional de la mujer puede incentivar una reacción evitativa del hombre, la cual, a su vez, estimula una emocionalidad más intensa en la mujer al no encontrar sintonía afectiva con su pareja, lo que inhibe aún más la expresión de emociones en el hombre, revelándose un efecto circular sistémico en cuanto a los estilos de enfrentamiento del estrés en ambos. Sin embargo, diversos estudios coinciden en sugerir que el estrés relacionado con la infertilidad disminuye más la autoestima en mujeres que en hombres (Domínguez, 2002; Sañudo, 2014).

También las situaciones derivadas de los tratamientos de fertilidad, pueden conducir a alteraciones en la sexualidad de las parejas, ya que como señalan González y Miyar (2001) muchos individuos infértiles sienten que están dañados o defectuosos y esto se extiende a su sentido de valor, autoestima e imagen corporal; por ello no es extraño que muchos de ellos se sientan sexualmente poco atractivos, y esto los puede llevar a una disminución del impulso sexual, con menor capacidad en la respuesta sexual y menor disfrute de su sexualidad. Al respecto, en una

investigación realizada en 2011 por Martín-Jiménez y colaboradores, en la que se estudiaba la sexualidad en parejas infértiles, se halló que

(...) cuanto más tiempo lleven las parejas en tratamiento en la consulta de infertilidad, más tiempo lleven buscando la gestación y mayor sea la edad, menor es la confianza en lograr o mantener una erección, por lo que disminuye la frecuencia en conseguir una relación sexual con penetración. Sin embargo, aumentan las relaciones sexuales iniciadas y la frecuencia de las eyaculaciones en los hombres. Esto puede deberse a que estas parejas se marcan psicológicamente como objetivo en sus relaciones sexuales la reproducción, dando menos importancia a la primera fase de deseo sexual. En la bibliografía se relaciona este comportamiento como algo transitorio, ya que los varones lo viven como una pérdida de poder ante un diagnóstico, sobre todo si la infertilidad es por su causa. En nuestra investigación, centrándonos en la esfera de la satisfacción sexual, las mujeres afirman en un porcentaje significativo que, en general, están muy satisfechas con su sexualidad. Esta afirmación contrasta con el resultado de los varones, ya que la satisfacción sexual en ellos es significativamente inferior, y observamos que a mayor edad y a mayor tiempo buscando la gestación, menor es la satisfacción sexual. En cuanto al deseo sexual, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, aunque en otros estudios se indica un menor deseo en las mujeres que en los hombres. Por otro lado, en este estudio se ha observado que en las mujeres la satisfacción sexual conseguida es mayor que el deseo que presentan. Según algunos estudios previos, este hecho tiene su origen más en el deseo de ser madre que en la propia sexualidad. (2011:80).

La disminución de la satisfacción sexual posiblemente está relacionada con las relaciones sexuales programadas, es decir, las que se producen en el momento óptimo del ciclo ovulatorio de las mujeres con la finalidad de lograr un embarazo, ya que esto es parte de la primera fase del protocolo de atención cuando las mujeres acuden a un Centro de Fertilidad y se hace el respectivo diagnóstico. Como consecuencia llegan a aparecer disfunciones tanto en los hombres como en las mujeres. En los hombres puede aparecer eyaculación precoz o disfunción eréctil y en las mujeres alteraciones en la excitación y el deseo sexual, anorgasmia o dispareunia. Estas alteraciones, en las mujeres, pueden producirse porque tienden a dejar la sexualidad en un segundo plano, priorizando su deseo de lograr un embarazo, por lo que se olvidan del goce en la relación sexual y les impide alcanzar el orgasmo. Además, a mayor tiempo de convivencia en pareja y más tiempo

buscando el embarazo, disminuye la excitación sexual y, por lo tanto, la lubricación, lo que ocasiona dispareunia en un 36% de los casos. (González y Miyar, 2001; Tao y colaboradores, 2011).

En atención a lo expuesto, algunos de los discursos de nuestras informantes que se presentan a continuación, nos muestran cómo toda la presión que reciben desde su entorno social, familiar y conyugal, se convierte en un posible factor determinante en la toma de decisión para acceder a los procedimientos de fertilización asistida como forma de resolver la imposibilidad de cumplir con la norma social:

Informante N° 1: *“(...) desde el punto de vista como sociedad te empuja a que una mujer tiene que casarse joven, tiene que tener sus hijos joven, y desde el punto de vista familiar, aquí también o sea, hubo esa parte de que uno tiene que tener sus hijos e inevitablemente eso es lo que ha influido (...) eso es lo que ayudó y contribuyó a todo esto (...) como toda pareja, siempre hay sus dificultades, sus diferencias, siempre hay sus subidas y sus bajadas, y en muchas oportunidades muchas de nuestras discusiones, de nuestros conflictos, fueron la ausencia de los niños, entonces de verdad que si influyó”.*

Informante N° 2: *“(...) claro, también está la presión familiar y externa también (...) que la presión familiar también es una cosa que a veces Dios mío, no ayuda sino que estorba (...) ya si uno se lastima o se siente sobrecogido por lo que uno vive, imagínate al externo que a veces opina barbaries, porque yo te digo hay gente que opina barbaries (...) o sea, de pronto en su querer ayudar más bien a veces me lastimaban (...) eso es tan duro y es muy cruel, a veces la familia es cruel en su ignorancia, porque creen que ayudan, y la verdad es que no ayudan, a veces estorban, y no tanto la familia directa, lo que son los padres y eso no, ellos son más, pero el que está un poquito más lejos, tienen unas cosas que yo decía, pero bueno yo no puedo estar escuchando esto.”*

Informante N° 3: *“(...) yo era la de la presión (...) yo he visto en toda mi familia y en la mayoría de los que yo conozco, lo que sienten con un bebé (...) a mí me gustaban los chamos, de repente no los quería tener en un momento porque no me lo había planteado de esa manera pues, y no había quedado embarazada tampoco, así que cuando llegó el momento y dije bueno ya yo he pasado todas las etapas y las cosas que me propuse, me falta esta y no la tengo (...) pero era como una necesidad que yo tenía pues, no sé, es algo que yo quería sentir, que yo veía que a mi mamá la llenaba,*

*y yo decía, si a mi mamá la llena de esa manera a mí me tiene que llenar igual, yo decía.”*

*Informante N° 4: “(...) quizás cuando yo estaba cerca de los 30, si sentía mucha presión, porque claro ya todas mis amigas estaban casadas, estaban empezando a tener hijos, entonces yo sentía presión (...) este y yo siempre había deseado tener una familia pues (...) entonces si sentí presión (...) ya después me la ejercía era el deseo.”*

*Informante N° 5: “Dentro de todo ese tiempo, fue como una montaña rusa, porque con mi esposo también fue muy difícil de manejar en pareja, a veces estábamos en la misma sintonía, a veces no estábamos en la misma sintonía (...) socialmente fue muy difícil porque tu estas en un tratamiento donde te dicen no puedes beber, no puedes trasnocharte, no puedes hacer esto, tu misma te presionas (...) también había mucha presión familiar porque estamos en una familia muy grande, en donde somos muchos contemporáneos, entonces era casarse, tener hijos, un hijo, el segundo hijo, el tercer hijo, el babyshower, el bautizo, y entonces vivimos en ese periodo de los 8 años, te puedo decir que viví 10 nacimientos, 10 babyshower... bautizos, cumpleaños, y nosotros por supuesto, los mejores tíos, padrinos de todos, y con mucho amor, o sea, nunca hubo rabia, pero lo que te quiero expresar es que es una sensación difícil porque tu estas muy feliz porque es el hijo de tu hermano, es el hijo de tu cuñado, es mi ahijado, o sea, es una felicidad real, pero por otro lado sientes la presión, y escuchas los comentarios, «¡ay mírale la cara, ella seguro quería tener también!», «¡ay no han podido!» (...) los días de las madres, ¡ay no!, es que me acuerdo y me dan ganas de llorar, porque era una presión que no es necesaria.”*

*Informante N° 6: “Tenía presión, pero sería de mi misma, porque en realidad si hubiera sido valiente, decidida, clara, como hay mucha gente que si lo es, pero siempre con nimiedades o cosas (...) creo que son ganas que te vienen ficticias, a veces ¿no?, del entorno, de la sociedad, de lo que marca la sociedad que debe ser tu vida: casada, con hijos; entonces todas esas ganas ahora en la madurez de las reflexiones veo yo que no son mías, porque a veces tu te compras ideas que no son tuyas, son del entorno, del entorno que te rodea (...) y esas ganas ahora entiendo que me venían era del entorno (...) si, si tenía algo de ganas, si, pero mas empujada por ese entorno externo (...) «¿y cuando van a tener hijos?» si claro, la presión «¿y cuando?, ¿Y pa’ cuando?» «Ahorita tienen que apurarse» (...) si claro, parte de eso pudo haber influido.”*

Nuestras informantes nos revelan a través de sus discursos, la gran influencia que tiene para las mujeres y para la decisión sobre el acceso a procedimientos de fertilización asistida, los comentarios que reciben desde su entorno social, familiar y

conyugal, y cómo esa presión externa las lleva a profundos cuestionamientos internos que terminan por auto infligir presión sobre ellas mismas, presión que al final convierten o traducen como un deseo. Pero, ¿En qué consiste ese deseo?

Los deseos son fuerzas internas que tienden al desarrollo de la persona, como una especie de movilización vital que acompaña el crecimiento del mundo subjetivo. Sin embargo, estos deseos están comprendidos dentro de un contexto mayor, enmarcados en el patrón familiar/social o matriz de pertenencia que modelan la percepción, los pensamientos, las emociones, las creencias y, por supuesto, las conductas. Para Jacques Lacan

(...) el deseo es la esencia misma del hombre “en tanto que ésta es concebida a partir de alguna de sus afecciones, concebida como determinada y dominada por una cualquiera de sus afecciones a hacer algo”(...) la situación del deseo está profundamente marcada, fijada, adherida a cierta función del lenguaje, a cierta relación del sujeto con el significante. (1959:8-9).

Ahora bien, hablar de deseo implica sin lugar a dudas, tomar en cuenta los aspectos asociados al psicoanálisis, lo cual a propósito de nuestra investigación, no podemos dejar de abordar, pues cuando nos referimos a deseo de maternidad o “Deseo de Hijo/a”, debemos necesariamente hacer mención a lo que al respecto se ha señalado desde el psicoanálisis, sobre todo el Freudiano, en la construcción simbólica de la categoría maternidad.

Al respecto, Rodrigo Robles (2012) nos presenta un análisis de la maternidad desde el psicoanálisis, que en síntesis nos plantea que Freud explica el deseo de maternidad como un sustituto a la envidia del pene, como el lugar central de la psiquis femenina al realizar la interpretación sobre un deseo metonímico entre pene e hijo/a (p. 121). Según Robles, la teoría falocéntrica de Freud argumenta que la maternidad en las mujeres no solo se basaría en tener a un/a hijo/a realmente, sino en el deseo de hijo/a así como desea un pene. Esto quiere decir que la maternidad

podría resultar un lugar donde las mujeres deben posicionarse simbólicamente más que realmente (p. 129). Con esto podríamos entender entonces que, la maternidad es construida como una posición simbólica que las mujeres deben alcanzar para vivir sin conflictos y resolver, solo en parte, su falta, por tanto, la maternidad es algo que se va construyendo psíquicamente a muy temprana edad, a partir de los apuntalamientos sexuales otorgados por los imaginarios sociales.

Este mismo autor nos plantea además que, existen otras líneas psicoanalíticas que dan cuenta del simbolismo de la maternidad y el deseo de hijo/a, al establecer que

(...) la construcción del deseo de hijo por parte de la mujer como obturación de la falta, se ha encargado de poner en relieve, también, la importancia de la relación del niño/a con su madre, o específicamente de los “cuidados maternos”. Tal es la preocupación de los orígenes de la teoría del Apego de John Bowlby, la madre suficientemente buena de Donald Winnicott y la teoría de la relación objetal de Melanie Klein, que a partir de estas teorías posiblemente se fue (re)produciendo la evacuación del lugar paterno, y se otorga toda la responsabilidad del destino subjetivo del hijo, o hija, a la madre. Por lo tanto, la relación entre madre e hijo es interpretada como particularmente natural. La paternidad sería una condición social, y no así, lo materno. Tomando mayor fuerza la necesidad de situar a la mujer como madre y al establecerse como natural, los cuestionamientos se hacen más inocuos. (2012: 124).

En relación a esto, hay que considerar por supuesto, los aportes que las teorías feministas han hecho a algunas hipótesis psicoanalíticas con la intención de desmontar la construcción socio-simbólica de la maternidad. Las teorías feministas han contribuido no sólo como parte de un movimiento político que ha de operar en el mundo público, sino también en nuestras vidas privadas, en lo que Mabel Burín (2008) ha definido como la política de las subjetividades. Esta autora nos refiere que

Este modo de pensar la política contribuyó a reflexionar sobre nuestros conflictos desde otra perspectiva: con el enunciado de que “lo personal es político”(...) esta perspectiva teórica estaba generalmente referida a nuestra historia personal o a nuestros movimientos pulsional–deseantes, y a los vínculos tempranos establecidos en el contexto de la familia. Las teorías feministas ampliaron esta perspectiva, sin desecharla, pero llevándola al análisis del padecimiento del colectivo de mujeres, o sea, poder interpretarlo también en clave de género. Sin embargo, con los aportes del feminismo pronto se creó un “espejismo de

igualdad”, esto es, la creencia de que a todo el género femenino le pasaba lo mismo, de que todo el colectivo de mujeres deseaba por igual, de modo que a aquellas premisas iniciales le siguió el análisis de las diferencias intragénero. En este aspecto, las hipótesis psicoanalíticas pueden contribuir mucho al estudio de las singularidades, de las diferencias entre las mujeres, a partir de los modos peculiares, a veces únicos debido a ecuaciones personales, imaginativas y creadoras, según las cuales cada sujeto va procesando sus conflictos. (2008: 81).

Ahora bien, nuestras informantes nos muestran cómo ante su “imposibilidad” de lograr la concepción de un/a hijo/a, su fallido “deseo de ser madre” lo convierten entonces en enfermedad, y con ello nace la necesidad de acudir a las TRHA, en tanto que la infecundidad se pone de manifiesto como síntoma, sólo en la medida en que aparece en sus vidas el proyecto de concebir. Se trata entonces, y como señala Silvia Tubert (1991), “de la imposibilidad de satisfacer su deseo, y precisamente porque el objetivo no es satisfacer la demanda, lo que se pretende es que el deseo inconsciente pueda hallar nuevas formas de expresión”. (p. 155).

Si esta demanda a la que hemos hecho mención, no alude necesariamente al/la hijo/a, ¿es ese “deseo de ser madre” realmente un deseo auténtico de cada mujer, o es el mito del binomio mujer/madre el que condiciona ese deseo? Diversas autoras feministas han debatido durante años al respecto; a continuación haremos mención a algunos de sus aportes, los cuales seguramente esclarecerán esta interrogante. Natalie Sánchez (2016) señala que la maternidad está inscrita en el orden de lo cultural, como función social donde tiene lugar el mito de la mujer-madre, el cual opera como dispositivo que constituye creencias y anhelos colectivos que ordenan la valoración social de la maternidad en determinado momento histórico. El mito oculta que la madre surge en la modernidad como parte del proceso de transformación de la familia, los afectos, y como una forma de control de los cuerpos para potencializar la productividad. (p. 257).

En la misma línea de pensamiento y parafraseando a la filósofa española Ascensión Cambrón (2001) se considera que la fertilidad en las mujeres es una exigencia cultural y el deseo de tener hijos/as es sobre todo un deseo social de realización; cuando ese deseo resulta imposible, las mujeres experimentan una “desgracia” biológica suprema que lo convierte en obsesión y la reproducción deviene “un deber” que otorga perpetuidad a la especie. Esta autora nos dice que

Las representaciones que configuran el imaginario colectivo respecto a la maternidad tienen gran poder reductor, como lo prueba que un gran número de mujeres puedan sustituir todos sus otros deseos a uno: tener un hijo. Cómo explicar si no que cantidad de mujeres decidan “voluntariamente” someterse a todo tipo de riesgos con esa finalidad. Y cómo interpretar también el gesto altruista de muchas mujeres donando óvulos para que otras puedan acceder a la maternidad. La explicación más plausible es que el género femenino interioriza la función de la maternidad, el deseo del hijo, no tanto como objeto de apropiación de un nuevo ser, cuanto como la vía para cumplir un deseo de realización que es, a la vez, cumplir con un deber para con ella misma y con la colectividad. “El deseo y el deber de descendencia son también deseo y deber de realización” individual. (2001: 28).

Mabel Burín (2012) refuerza la exigencia cultural de la maternidad y agrega que

Los deseos maternales han sido propiciados de manera relevante, en nuestra cultura patriarcal, para nominar a las mujeres en tanto sujetos. En la actualidad hay una tendencia a cuestionar estos deseos, que son sometidos a rigurosos análisis para permitir su transformación en otros deseos, más allá del deseo maternal (por ejemplo, los deseos de saber y de poder). (2012:3-4).

También Flavia Navés complementa la influencia cultural de la construcción simbólica en el deseo de maternidad diciendo que

La cultura le atribuye a la mujer el deseo de ser madre otorgándole identidad y valoración social. Valoración social que, encarnado en el mandato social, le otorga a las técnicas reproductivas un saber sabido y compartido que concede certezas suturando la falta estructural que le impide a la mujer convertirse en madre y, al mismo tiempo, reivindicando lo genético como vínculo de parentesco, redefiniendo viejas discusiones y planteando nuevas. (2017:223).

Cristina Palomar Verea nos añade que

(...) a pesar de que se trata de una experiencia subjetiva fundamental en la vida de casi todas las mujeres – habría que ver si realmente para todas –, en general no suele ir acompañada de un proceso reflexivo consciente que permita dar cuenta de los motivos que llevan a una mujer a tomar la decisión de tener hijos. Más allá de que es posible pensar que puede haber un núcleo incognoscible de deseo materno, el “sentido mentado” de la experiencia se ve sistemáticamente ligado, por una parte a emociones, afectos y deseos poco explicitados y, por otra, a mandatos sociales vinculados a tradiciones, costumbres, normas y creencias, también poco explícitos y que forman parte de las prácticas discursivas de género. (2004:20-21).

Rodrigo Robles ahonda en la influencia Freudiana de esta construcción y lo relaciona con su experiencia psicoterapéutica, tanto con mujeres que desean ser madres, como con aquellas que no lo desean, y comenta que

Para Freud los deseos más íntimos de los seres humanos, se alojan en el inconsciente, son invisibles a primera vista y son reprimidos por la cultura. En este sentido de Freud, la maternidad en el inconsciente femenino puede mantenerse en una delgada línea entre el deber y el deseo. En mi trabajo de escucha psicoterapéutica, he tenido la experiencia de encontrarme con algunas mujeres donde las ideas de maternidad no se corresponden con sus deseos, vivenciándola como un deber social y moral, como una carga a la cual desearían engañar. Padecen el ser madres, y lo presentan como un callejón sin salida. Cuando una mujer no es madre o no lo desea, lo que no solo se refiere al acto de parir, sino también a las prácticas sociales asociadas – amamantar, criar, educar, moralizar, proteger, etcétera–, el arrebató social parece tomar mayor fuerza, porque es la vida de un niño o niña la que está en juego, porque es la vida de la humanidad la que se tensiona. ¡¿Cómo una mujer no querría ser madre si su cuerpo está dispuesto para aquello?! Pero por otra parte, también me he encontrado con mujeres cuyo deseo de ser madre se ha significado desde su historia y en ello encuentran su meta y su sentido de vida: la abnegación por un otro parece ser lo medular, entrega y desplazamiento en ese hijo que satisface sus deseos más íntimos. El psicoanálisis freudiano reaparece en estos caminos, y en cierta medida desde esta teoría es posible interpretar que el deseo por la maternidad en la niña emerge en edades muy tempranas. (2012:120-121).

De hecho, Bruna Álvarez (2013), pone sobre el tapete el debate acerca de cómo «deciden» las mujeres convertirse en madres. Según su estudio, las mujeres no atribuyen al deseo la decisión de tener hijos/as, lo que sugeriría que el embarazo

podría incluso surgir antes que el deseo de tener un hijo o una hija, y que por otro lado, no siempre que se «desea» ser madre, se busca la maternidad; es más, ante el «deseo» difuso de ser madres, son las circunstancias vitales las que hacen posible este deseo, y estas circunstancias están definidas por el sistema de valores y el contexto en el que se encuentran. Con su trabajo, al explorar si la maternidad “normal” es una decisión individual o si surge de una obligatoriedad social, nos plantea que

(...) si la maternidad es una obligación social o un derecho individual, los datos etnográficos presentados sugieren que se sitúa en una ambivalencia entre la obligación y el derecho. La obligación social se explicaría por un habitus donde un contexto percibido como estable facilita tomar la decisión de dejar los anticonceptivos, permitiendo la posibilidad de un embarazo. Si este se produce, se inicia el proceso de convertirse en madre. En este sentido, la maternidad sería concebida como un habitus social, pero decidida libremente, lo que llevaría a pensar la maternidad, a la vez, como un derecho. La maternidad se puede interpretar como una obligación social en tanto que las mujeres y sus parejas escogen aquello que «deben» escoger, en el sentido que es el sistema de valores el que establece el momento idóneo para que las mujeres puedan pensar en convertirse en madres. (2013:237).

Para afianzar lo anterior, Mariana Winocur agrega que

Así como el lenguaje modela la realidad, el deseo modela la maternidad. Si una mujer desea ser madre, hará todo lo que pueda para tener un hijo. Si una mujer no desea ser madre, seguramente apelará a todo lo que esté a su alcance para evitarlo. (2012:52).

Así, la reflexión sobre la maternidad desde el Feminismo, permite a las mujeres reconocerse como constructoras de una práctica social que si la transformamos y desnaturalizamos, puede interpelar formas tradicionales de familia, organización social, y subvertir la subjetividad femenina que reproduce el orden establecido. El Feminismo en la experiencia de la maternidad puede diferir del mito de la mujer-madre del orden simbólico del patriarcado-androcentrismo, porque sin lugar a dudas, la maternidad es un tema político, y por tanto, existe la oportunidad de cuestionar los modelos establecidos, tomar conciencia de los propios y luchar por ellos, de modo que cada mujer esté en condiciones de decidir ser madre y de qué

manera serlo, y que a ese “deseo” se llegue por convicción y acuerdo con uno mismo y con el otro, y no por la presión que sobre nosotras puede ejercer la sociedad, la familia o la pareja. Que sea una decisión auténtica, libre y sentida.

## **La reproducción simbólica de la maternidad en el lenguaje cotidiano y en las expresiones mágico-religiosas: ¿Una anatema?**

*La mujer estéril es considerada, en la mayoría de los pueblos, como un oprobio para los suyos, y ella misma se percibe como maldita.*  
Silvia Jubert

En consonancia con lo que hemos venido esbozando, y entendiendo que el imaginario social incide no sólo en lo individual sino también en lo colectivo e impacta todas las instituciones sociales y, que es a partir de los imaginarios como las sociedades se hacen a sí mismas hasta alcanzar formas de representación particulares e identitarias, el lenguaje como un factor esencial de la constitución de lo humano e interface para mediar entre los/as sujetos/as y entre estos/as y la realidad, pasa a ser un actor principal de nuestra existencia en la sociedad al constituirse en nuestra forma de relacionarnos socialmente, pues es en función de lo que ha sido formalizado por el lenguaje que cada persona jugará un determinado rol en ella.

Además, es fundamental tener en cuenta que la relación que existe entre comunicación, cultura y lenguaje es una condición de posibilidad para la caracterización de las prácticas sociales, las manifestaciones identitarias, los intercambios simbólicos y la construcción de representaciones colectivas que marcan nuestro ser y estar en la sociedad, siendo entonces la comunicación y el lenguaje, como constructos sociales en permanente elaboración e interacción entre las personas y los discursos, influenciados por diversos factores tales como la cultura popular, las tradiciones orales y las prácticas discursivas, que en definitiva, se constituyen en un conjunto de elementos que actúan como configuradores de identidad. (Gil y col., 2020).

En este contexto, Leydy Muñoz nos explica que

(...) el imaginario social en las sociedades modernas es un juego de lenguaje de múltiples constelaciones arquetipales que actúan en nuestra alma, en nuestra psiquis. Esto debido al carácter fragmentado de nuestras sociedades y dado su sentido interactivo donde los medios de comunicación, la movilidad, lo pluriétnico y lo multicultural constituyen colectivos sociales complejos en los que los actores sociales se comportan de ciertas maneras determinadas por imaginarios y arquetipos inconscientes, latentes o declarados con los que constituyen valores, actitudes, creencias formas de ser, hacer y estar en sociedad. (2012:28).

Así mismo, Humberto Maturana nos señala que

La existencia humana en el lenguaje, configura muchos dominios de realidad, cada uno constituido como un dominio de coherencias operacionales explicativas. Estos distintos dominios de realidad son también dominios de quehacer que generamos en la convivencia con el otro y que, como redes de conversaciones (redes de coordinaciones de acciones y emociones), constituyen todos nuestros ámbitos, modos y sistemas (instituciones) de existencia humana. En estas circunstancias la realidad en cualquier dominio es una proposición explicativa de la experiencia humana. (1989:79).

También Anna Fernández Poncela nos dice que

Lenguaje y cultura son indisociables. Lenguaje es comunicar pero también es pensar. Y es que hay una íntima relación entre pensamiento y lenguaje. El lenguaje reproduce o refleja y crea o produce la realidad social y el mundo. Es un hecho fundamentalmente social toda vez que una representación del pensamiento es un instrumento de objetivación y legitimación de la realidad. El lenguaje acumula experiencias y significados, los preserva y reproduce; se presenta como objetivo, sin embargo, es coercitivo, ya que influye o modela, esto es, tipifica conocimientos y experiencias. (2010:90).

Con esto que venimos planteando, queremos referirnos no sólo a la importancia que tiene el lenguaje en las relaciones sociales, sino también, y para el tema que venimos abordando, en las representaciones sociales del ser mujeres/madres – mujeres/infértiles. Para ello, debemos partir por comprender que el sistema de representación se estructura a partir de los signos que están organizados en el lenguaje y en la existencia de códigos comunes, lo cual nos permite traducir nuestros pensamientos (conceptos) en palabras, sonidos o imágenes para expresar sentidos y comunicar pensamientos a otras personas. Así, los procesos

comunicativos están sujetos a una serie de determinaciones del contexto que se deben tener en cuenta desde la forma en que se construyen las representaciones colectivas y la identidad de la persona en todas sus manifestaciones, incluidas por supuesto la identidad de género y para nuestro caso, la identidad femenina.

Queda claro entonces que, el lenguaje es un agente socializador que está presente desde el momento en que venimos al mundo, puesto que a través de imágenes, gestos y palabras vamos a ir interiorizando qué conductas, valores y actitudes son propias de nuestro sexo y cuáles no, y por tanto, no sólo nos sirve para comunicarnos sino que es un importante vehículo a través del cual transmitimos esos estereotipos de género que hemos aprendido e interiorizado a través de todo nuestro proceso de socialización.

#### Como lo explica Josefa Quesada

(...) el lenguaje no sólo nos sirve para transmitir ideas y conocimientos, sino que es un medio a través del cual construimos nuestra propia concepción del mundo y de la realidad, por lo tanto, también es un vehículo de transmisión de las desigualdades entre mujeres y hombres que se traducen en discriminaciones. El lenguaje está también impregnado del sexismo y del androcentrismo existente en nuestra sociedad. La lengua no es neutra y por lo tanto refleja la posición de subordinación de la mujer en la sociedad; hacemos un uso sexista y androcéntrico de la lengua porque vivimos en una sociedad sexista y androcéntrica. El sexismo no está en la lengua, está en la mente de las personas. (2014:48).

#### Por su parte, Gil y colaboradores añaden al respecto que

(...) si el mensaje tiene carga ideológica, el receptor puede tomar decisiones. Por ello, cuando se vinculan los objetos de la cultura popular (medios, deportes, etc.) y los actos privados del individuo (roles, lenguaje, trabajo, etc.) no se hace de una forma inocente, sino que se entiende que el espectador es un sujeto activo. De aquí, que se asuma que la concepción de los estereotipos de género está enraizada en la sociedad y la cultura (...) Por otra parte, se considera que los estereotipos de género que se asumen individualmente, responden de manera coherente con lo pautado por la sociedad. (2020:94).

Pilar Salvá agrega además, que

(...) la metáfora, la imaginación y la narrativa son motores de cambio cultural. Puesto que nuestro tejido comunitario depende de las descripciones acerca de nuestro mundo y de cómo este se constituye en relaciones sociales, es de suma importancia poner atención a la existencia de la infrarrepresentación femenina en el lenguaje. (2023:245).

De este modo, podemos decir que, en el lenguaje coloquial que todos y todas utilizamos continuamente, vamos creando y reproduciendo, sin apenas percibirlo, las formas de pensar y actuar de nuestra sociedad: formas sexistas y androcéntricas por excelencia. Es importante entonces, conocer y descifrar nuestro legado cultural y las formas de su reproducción social en el lenguaje, como una de las causas importantes de la legitimación, mantenimiento y perpetuación de las relaciones de género asimétricas y la subordinación de las mujeres.

En este sentido, y como ya se ha discutido, el lenguaje es un medio de comunicación, pero es también un modo de pensar, una forma de acceder a la realidad que nos rodea mediante su aprehensión, reproducción y, por qué no, interpretación. Los hombres y las mujeres aprendemos a serlo a través de lo que vemos y de lo que oímos, y son los usos lingüísticos más llenos de significados metafóricos y poéticos, como los refranes y las creencias populares y religiosas, los que poseen una mayor potencialidad semántica interna. Los significados, motivaciones y expectativas del comportamiento humano de una sociedad pueden verse también a la luz del contenido de las representaciones simbólicas de la cultura popular que reflejan su construcción mental, valores y costumbres. Todas las sociedades tienen un núcleo dominante de valores y principios que constituye una especie de columna vertebral ideológica que le da soporte a la cultura popular.

A propósito de lo que venimos expresando, señala Anna Fernández Poncela que

La cultura popular se entiende como una realidad viva y dinámica, en la cual todos y todas participamos, de una u otra manera, consciente o inconscientemente; se concibe más como un hecho y relación que como estructura y sustancia; como una construcción ideológica, la consistencia

de la cual, todavía está por encontrarse. Está formada por tradiciones y manifestaciones culturales que contribuyen a expresar la unión y solidaridad entre los heterogéneos segmentos del pueblo. (1996: 46).

Así, y como hemos venido comentando a lo largo del texto, todas las metáforas sobre la maternidad, entrañan la identificación de la feminidad con la maternidad al construirse culturalmente como algo natural desde la ideología patriarcal-androcéntrica, impactando en todo lo institucionalmente establecido y al ocuparse de controlar las funciones procreadoras de las mujeres. De allí que la infertilidad/esterilidad sea considerada desde la cultura popular, como una anatema, dada la elevada valoración que se hace de la función reproductora de las mujeres, y la ciencia médica se aprovecha de esta valoración para transformar las dificultades reproductivas en una enfermedad que debe ser atendida desde su saber/poder. Tal como señala Mayra Chávez

(...) no ser fértil podría implicar, entre otras explicaciones “un castigo divino, falta de valía, o de merecimientos, fin de una estirpe, etcétera”. En algunas sociedades primitivas (y en otras no tan primitivas como la nuestra), se sigue viendo la esterilidad o infertilidad femenina como una maldición (...) puesto que se cree, sobre todo en las sociedades patriarcales, que la mujer existe o “fue creada” sólo para la reproducción humana. Si bien en las sociedades posmodernas, al menos desde el punto de vista científico no se designa a la esterilidad como maldición, algunas personas sí la consideran una enfermedad o padecimiento que debe ser curado por los médicos. (2004:7).

Aunque la infertilidad/esterilidad no es considerada desde la perspectiva feminista como una enfermedad, hemos visto cómo puede buscarse una explicación y una solución médica para la misma, en un intento por localizar su causa en algún sitio (en este caso, en el cuerpo) y de este modo controlar una realidad ingobernable. Así, en nuestra sociedad medicalizada, es el saber/poder médico el que ha heredado esa función de controlar tanto la sexualidad como la capacidad reproductiva de las mujeres con el fin de combatir la anatema.

Pero además, en un círculo vicioso entre lo científico y lo social, y en vista que la infertilidad ha sido considerada un problema con la fuerza suficiente para cambiar el rumbo de la historia o el destino de las personas, la humanidad se ha visto en la necesidad de crear leyendas o instrumentos míticos para intentar solucionarla. El surgimiento de supersticiones y ritos que desde las sociedades primitivas se crearon en torno a una existencia sobrenatural asociada a la fertilidad, dio rienda a que cada cultura y cada civilización enarbolaran sus propias creencias y mitos que se han arraigado en la cultura a tal punto, que desde la ideología patriarcal-androcéntrica han creado la falsa idea de la infertilidad como enfermedad o como anatema.

A continuación, nuestras informantes nos muestran algunos discursos relacionados con esta influencia del imaginario presente en los refranes, supersticiones y expresiones populares así como en diversas conductas mágico-religiosas:

Informante N° 1: *"(...) aquí tiene que ver mucho es la parte de lo que te inculcan desde pequeño tu grupo familiar. Yo recuerdo por lo menos que nuestra abuelita siempre nos decía, ella con sus refranes y sus dichos: "Velo y mortaja, del cielo bajan", quien no se quiera casar, bueno no se case, eso sí, tengan por favor aunque sea un hijo."*

Informante N° 2: *"(...) ¡Ay eso era horroroso!, todo el mundo tenía un remedio mágico para las cosas, que si tómate esto, que si tómate no sé qué con no sé qué más (...) ¡Ah bueno, eso te pasa porque no te quisiste beber el brebaje de tapara con no sé qué!, ¡ah bueno, pero tú no quisiste ir para no sé dónde y no sé quién que está allá en el Amazonas metido no sé dónde, que entonces ese embaraza a todo el mundo, pero como tú no quisiste ir!"*

Informante N° 3: *"(...) yo decía, bueno mientras menos gente sepa mejor, porque uno no sabe como pueden ser las energías de las demás personas, entonces yo lo hice así, y así pues en realidad me funcionó (...) y yo misma me ponía con las piernas para arriba en la cama y no sé qué, y uno prueba con las posiciones no, prueba así, asao, ajá, pero nada..."*

Informante N° 4: *"(...) porque la gente te empieza a decir, no que vete de viaje, no olvídate de eso que cuando te olvides no sé qué, y si, lo hicimos, o sea, fuimos de viaje, nos olvidábamos y nos volvíamos a recordar, pero siempre estaba eso allí."*

Informante N° 5: *“(…) «¡ay te regalo esta estampita de la virgen de no sé qué!», para que, «¡rézale con fe!», ¡Dios mío, por amor a Cristo!, ¿cómo yo no voy a tener fe en querer lo que quiero?, que es lo que más quiero, en ese momento pues, o sea, como me vas a decir pídele con fe, no me digas que lo pida con fe, porque quien más que yo que tenga fe, entonces sí, fue difícil, muy difícil.”*

Informante N° 6: *“(…) y si claro ahí venía un debate, ¿no?, porque el debate es que tu conocías todo, conocías lo que es un embrión, lo que es, y es la cosa con la parte religiosa tuya, hubo una cosa ahí que no se si eso también me impidió mi broma, ¿por qué?, bueno porque yo debí soltar esas cosas que me pudieron haber frenado: mi parte religiosa.”*

Como se puede extraer de los discursos de nuestras informantes el lenguaje, los mitos, creencias religiosas, supersticiones y costumbres populares, firmemente afianzadas en el imaginario colectivo, hacen mella en la vida de las mujeres. A lo largo de la historia y en diversas culturas, el significado atribuido a la maternidad y a la infertilidad/esterilidad, son invariables, y se encuentran fuertemente anclados en la ideología patriarcal-androcéntrica, de allí que se han formulado numerosos mitos, leyendas, supersticiones y creencias religiosas en la búsqueda de medios “mágicos”, conductas o rituales que permitan lograr la concepción, los cuales van permeando en todas las esferas sociales, y de ello se aprovecha la ciencia y la tecnología, para reproducirlos en favor de las tecnologías reproductivas. Tal como señala Mayra Chávez

Esto nos deja reflexionando cómo la tecnología, que pareciera estar separada de lo cultural, tiene gran peso en lo social y cultural, y viceversa. Por ello, los comportamientos y procesos de la reproducción humana tienen sus raíces en lo sociocultural, lo cual convierte la parte biológica en uno de los tantos protagonistas en dicho evento, pero no el único. Como sabemos, la tecnología avanza y el ámbito biomédico se encarga de aplicarla, pero lo anterior deja como tarea a los estudiosos de las ciencias sociales y humanidades dar posibles respuestas del impacto social y cultural ante la presencia de las soluciones para la procreación, así como de la esterilidad e infertilidad. (2004:3)

En algunos casos, esos mitos y creencias consisten en ideas cuya validez no se ha podido comprobar y que, sin embargo, están tan arraigadas entre la gente, que

continúan circulando como si fueran verdad. Forman parte del lenguaje y están presentes en el imaginario colectivo, pasando de generación en generación, algunas veces adaptándose o modificándose acorde a la realidad existente, pero permanecen en el tiempo, e impactan en las mujeres que no logran concebir, quienes se sienten condenadas.

Pero, ¿Qué son los mitos? Ana María Fernández (1993) nos explica lo que se entiende por mitos sociales, los cuales se refieren a la producción y reproducción de un universo de significaciones imaginarias constitutivas que forman parte de los valores de la sociedad y de la subjetividad. Se los denomina sociales en tanto que constituyen un conjunto de anhelos y creencias colectivas que ordenan la valoración social en un momento dado. Estos mitos sociales regulan, organizan, estipulan, prohíben el obrar de los individuos, y a propósito del tema que venimos abordando, los define como

(...) producción y reproducción de un universo de significaciones imaginarias constitutivas de lo femenino y masculino moderno que forman parte no solo de los valores de la sociedad sino también de la subjetividad de hombres y mujeres. (1993:162).

Para Molpeceres y Pérez (2016) los mitos son

(...) sistemas de elementos que permiten un conocimiento y una comprensión simbólica de la realidad que nos rodea y de nosotros mismos, un entendimiento del mundo que no se opone a la conceptualización racional, sino que la complementa; los mitos serían inherentes al ser humano, e, independientemente de la época o el lugar geográfico, toda sociedad se construiría a través de un sustrato mítico, materializándose este en la producción discursiva, artística y no artística, de esa sociedad. (2016:32).

Para estos autores, la sociedad se sustenta en gran parte sobre construcciones míticas, que provienen en su mayoría de un pasado remoto, pero que se transforman y adaptan a nuevas realidades y nuevos medios, proyectándose hacia el futuro; y aunque entran en conflicto entre otras cuestiones por la visión de lo mítico

como equivalente de lo irreal, lo cierto es que el mito supone un entendimiento del mundo de carácter simbólico que es propio del hombre de todas las épocas (p. 32).

Al respecto, es interesante observar cómo la fecundidad de las mujeres es un concepto relevante en la mitología de todas las civilizaciones. Las diferentes mitologías tienden a fusionar el concepto de fertilización (Tierra) con el de fecundidad (Procrear). Podemos ver ejemplos de ello, en la mitología de los pueblos originarios de Latinoamérica como los Maya, donde Ixchel es la esposa del rey Sol (Itzamná), siendo considerada la diosa de la tierra, fertilidad y simultáneamente diosa del amor y la gestación. Un concepto similar se encuentra en los indígenas andinos, como quichuas y mapuches. Para estos pueblos lo relevante es “La Tierra” en un sentido muy profundo y amplio, pero no refiriéndose al suelo o la tierra geológica, sino a lo que denominan “Pachamama” (Madre Tierra) la cual posibilita y favorece la vida en un sentido universal incluyendo la fertilidad de la tierra y la fecundidad. Un pensamiento similar se expresa en la mitología de otros continentes con la diosa Devi en el hinduismo y Budismo, y con Hera y Juno en la cultura helénica y romana respectivamente. (Devoto, 2008).

Por otra parte, en relación con las creencias y discursos religiosos, en particular la Iglesia Católica en América Latina ha tenido una histórica injerencia sobre la sexualidad y la reproducción, así como también se ha señalado su papel en la construcción de la feminidad asociada a la maternidad. Frente a los avances tecnológicos en el área reproductiva, que posibilitan nuevas alternativas para el acceso a la maternidad y paternidad, las religiones se han posicionado principalmente limitando y cuestionando moralmente a las usuarias y usuarios de las TRHA, quienes se encontrarían frente a una situación dilemática.

Al respecto, Irrazábal y Jhonson señalan que

Diversas investigaciones de las Ciencias Sociales destacan la importancia de la dimensión religiosa y las creencias involucradas en las personas que se acercan a la utilización de estas técnicas. El mandato reproductivo para las parejas heterosexuales es un denominador común en los distintos grupos religiosos que se han diferenciado en su aceptación o prohibición del uso de las tecnologías reproductivas (TRHA) total o parcialmente. (2019: 321).

La dimensión pública de la creencia religiosa también se conecta con la manera en que se socializan los procesos reproductivos, en particular ante las dificultades para el logro de un embarazo. De esta manera la religiosidad es como un recurso de las personas próximas para acompañar el proceso de tratamiento, pero al mismo tiempo es vivido por las mujeres como una intervención en sus decisiones reproductivas. Por ejemplo, la simbología de la Virgen María en cualquiera de sus advocaciones, refiere a un tipo de denominación que está culturalmente asociada a la maternidad y la fertilidad; en este sentido, el regalar una estampita de la virgen a una mujer sin hijos/as, implica una señal muy clara sobre lo deseado o esperado para esta mujer. De esta manera los objetos propios de la religiosidad popular, a la vez que un apoyo emocional, también funcionan como un mensaje sobre lo esperado y deseado para las mujeres, y pueden constituir un vehículo que puede ser instrumentalizado para reforzar los estereotipos femeninos ligados a la maternidad.

Es necesario agregar que, tal como señala Manuel Martínez (2000), en relación con el sistema ideográfico Fertilidad-Fecundidad-Maternidad, la magia va a ser especialmente prolífica (en rituales, símbolos, tabúes, entre otros) y generalmente entra en contacto con otros sistemas por cuanto de ninguna manera son independientes unos de los otros, configurándose así en lo que este autor denomina como supersistemas, los cuales son cada vez más complejos en ideas y ceremonias que se inscriben en lo que se puede designar con el nombre genérico de concepción mítico-mágico-religiosa, aunque ello no niegue la posibilidad de implementar

técnicas estrictamente racionales y efectivas de actuación (económica y social), totalmente distintas de las prácticas mágicas, caracterizadas por su poca elaboración conceptual primero, pero que con el desarrollo del mito y la creencia, en su condición de sustento justificativo del rito y de la magia como acción, se van haciendo cada vez más complejas, llegándose a niveles de abstracción más o menos considerables. (p. 33).

También hay que considerar lo que prevalece en el discurso asociado a la cultura popular, específicamente en los refranes que se usan cotidianamente y que son parte de la herencia de la “tradicón cultural”, la cual esta indudablemente atravesada por las ideologías patriarcales-androcéntricas imperantes, y por tanto es eminentemente sexista y justifica y legitima la subordinación de las mujeres, además de reforzar estereotipos de género.

Al respecto Anna Fernández Poncela define los refranes como

(...) una creación humana, una narrativa social construida a modo de imaginario cultural y no reflejan en modo alguno la esencia humana. Se trata más bien de un discurso normativo, un modelo de expresión del pensamiento, sentimiento y comportamiento de una sociedad determinada. Esto es, una ventana para ver el mundo, pero no es el mundo, no obstante lo esboza y retransmite verbalmente, pero el mundo es más diverso y dinámico. En cuanto a los mensajes del refranero, es claro que contienen un modelo cultural a través de un discurso que podemos calificar de didáctico moral y lapidario. De ahí su fuerza y persistencia. (2010:91).

A propósito de ello, esta misma autora en otra publicación (2008) describe este tipo de expresiones como una forma de violencia verbal y simbólica, que por hallarse presente en la cotidianidad se considera una forma de violencia menos visible y consiente, pero efectivamente más persistente y resistente, más aceptada y menos cuestionada, una forma de violencia contra las mujeres inscrita en la oralidad popular.

La violencia verbal, y sobre todo simbólica ejercida contra las mujeres posee múltiples expresiones, no todas ellas elaboradas, reproducidas y utilizadas de forma consiente debido a sus mismas características que la inscriben como parte “normal” o incluso “natural” de la cultura en la vida cotidiana, en la historia de la humanidad y en la actualidad. En concreto, los mensajes del refranero en la lengua española, son muestra empírica evidente, amplia, profunda en cuanto a la forma, y contundente respecto al contenido e interpretación semántica se refiere, de la justificación o legitimación de la violencia contra las mujeres. (2008: 66-67).

Indudablemente, la violencia simbólica se encuentra presente en las representaciones de la feminidad asociadas a la maternidad, y en consecuencia a la fertilidad, pues es parte de lo que social y culturalmente se ha instaurado como parte del sistema de dominación establecido, tal como nos explica Evelyn Pasquali

La violencia simbólica es una relación social asimétrica donde el “dominador” ejerce violencia indirecta y no físicamente directa sobre los “dominados” quienes no la evidencian o son inconscientes de las mismas por lo que pasan a ser cómplices de las mismas. Históricamente la posición de “dominado” la ha ocupado el género femenino y el imaginario social que reduce la femineidad a la maternidad es una de las formas en que se manifiesta esta violencia simbólica. Asimismo, existe una presión social hacia las mujeres para que sean madres que también opera de manera violenta sobre sus cuerpos. (2021:131).

Al respecto, es necesario traer a colación que, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, promulgada en nuestro país en marzo de 2007, establece en su artículo 15, numeral 17, la definición de violencia simbólica como: “mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad”.

También hay que considerar lo que Pierre Bourdieu (1998) plantea en este sentido, y es que el efecto de la dominación simbólica (trátase de etnia, de sexo, de cultura, de lengua, etc.) no se produce en la lógica pura de las conciencias conocedoras, sino a través de los esquemas de percepción, de apreciación y de acción que constituyen

los hábitos y que sustentan, antes que las decisiones de la conciencia y de los controles de la voluntad, una relación de conocimiento profundamente oscura para ella misma. La fuerza simbólica, por lo tanto, “es una forma de poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos y como por arte de magia, al margen de cualquier coacción física”, es una violencia que se ejerce de manera suave, invisible e insidiosa en lo más profundo de los cuerpos. (p. 53-54).

De este modo, los hombres posicionados en forma dominante imponen sus creaciones culturales y simbólicas con el fin de reproducir las relaciones sociales de dominación, en este caso, sobre las mujeres, provocando tal sumisión de ellas, que se normaliza, principalmente a través del lenguaje y de las representaciones culturales, coadyuvando al mantenimiento del orden patriarcal-androcéntrico establecido.

Así, podemos darnos cuenta que esta violencia simbólica impacta en nuestra cotidianidad, donde los refranes, dichos populares, creencias religiosas y supersticiones terminan por definir lo que puede pensarse, decirse y hacerse en la cultura, formando parte de ésta, justificando y a la vez legitimando, la narrativa popular en general.

La consideración de que es algo “normal”, la repetición de un mismo mensaje bajo diferentes formas o en la misma y de manera reiterada, la espontaneidad y ligereza con que se externalan, contribuye a su objetivación, configurándolo como creencia verdadera, aunque de manera inconsciente, que penetra en la mente de las personas y se reproduce en los colectivos sociales. De allí que en relación con el tema que hemos venido desarrollando, se reproduzca y se perpetúe en el tiempo la identificación de las mujeres con las madres; sin embargo, es alentador saber que, al ser parte de la cultura, existe la posibilidad de ser conscientemente modificado.

## El estigma de la edad

*La maternidad tardía es una manifestación reminiscente del patriarcado*  
*María Cándida Alamilla*

Desde lo que hemos venido exponiendo, la maternidad se representa culturalmente como el eje central de toda mujer, el elemento común universal que las define a todas. La influencia social sobre las mujeres para que sean madres se camufla bajo una aparente libertad de decisión, y para aquellas que no pueden (o no quieren) lograr el propósito para el cual existen, se convierte en un estigma, una anatema, una maldición. Por ello, la infertilidad continúa teniendo un impacto social relevante afectando a las relaciones individuales de las mujeres, ya que la construcción del concepto de feminidad sigue basándose en los órganos sexuales y su óptimo funcionamiento. La visión social de las mujeres sin descendencia sigue siendo objeto de tristeza e infortunio, y criticado socialmente.

Desde la ciencia producida a partir de los valores hegemónicos masculinos, es indiscutible que la capacidad de tener hijos/as no es igual en todas las etapas de la vida para ambos progenitores. Sin embargo la predominancia que se da en este aspecto al papel de las mujeres, sí que parece indicar que todo está orientado a crear un sentimiento de angustia y culpabilidad en quienes no logran concebir o en quienes incluso deciden posponer la maternidad en beneficio de planes de vida individuales.

Ahora bien, para comprender lo que venimos exponiendo, es necesario conocer como clasifica la ciencia médica las etapas de las mujeres en relación con sus procesos reproductivos y el comportamiento fisiológico en cada una de estas etapas bien definidas. Vantman y Vega lo describen de la siguiente manera:

En la especie humana, así como en la mayoría de las hembras de mamíferos, la formación del gameto femenino comienza en la etapa embrio-fetal, quedando determinado en esta etapa el número definitivo de células germinales de la mujer. En la pubertad, al hacerse el ovario

sensible a las gonadotropinas hipofisarias, se establece un proceso cíclico de producción de gametos, el cual perdura hasta el final de la etapa reproductiva de la mujer, es decir, la menopausia, donde se observa una depleción de folículos primordiales (células germinales) en ambos ovarios. Durante la etapa fértil de la mujer, el ovario en respuesta a la secreción cíclica de gonadotropinas (LH y FSH), genera y libera de manera periódica ovocitos (gametos) aptos para ser fecundados (función citogénica) y secreta hormonas esteroidales, peptídicas y factores de crecimiento (función endocrina). Los folículos que contienen los ovocitos están distribuidos en todo el ovario, de preferencia en la región subcortical. En la etapa postpuberal sólo unos pocos de estos folículos logran ovular o liberar al ovocito, mientras la mayoría restante degenera y se transforma en folículos atrésicos. De modo tal que en el ovario la interacción entre los distintos tipos celulares es fundamental para la generación de gametos en la mujer, todo lo cual ocurre de manera coordinada desde la etapa embrio-fetal hasta la menopausia. (2010:349).

Sobre la base de lo que plantea la ciencia, se tiende entonces a realizar una clasificación social a partir del ciclo reproductivo femenino, por supuesto con base en el estado biológico: infancia/niñez (etapa en la que aún los ovocitos no están listos para ser fertilizados), juventud/esposa-madre (etapa fértil de las mujeres), madurez/abuela (climaterio - menopausia), y en cada una de estas etapas se esperan socialmente distintos roles asociados a la maternidad y el maternaje. Como podemos ver, se trata de un modelo científico médico que se refleja en la ordenación social, adjudicando a las mujeres diferentes funciones sociales dependiendo de la etapa biológica en que se encuentren. Es precisamente a partir de ello que surge la categoría de “el reloj biológico”, la cual pretende convencer sobre los efectos que la edad provoca en las condiciones biológicas de la reproducción; por lo tanto si se desea tener hijos/as, debe ser cuando se es joven. (Alamillos, 2016).

Si bien es cierto que desde el punto de vista biológico, la edad es un factor determinante en nuestra fertilidad, el concepto de “reloj biológico” ligado a la maternidad es algo muy figurado. Parece un término médico, pero, sin embargo, esta idea provino de Richard Cohen, un periodista del ‘Washington Post’ que, en

los años 70, escribió un artículo sobre la liberación de las mujeres y sobre cómo el hecho de que las mujeres se incorporaran al mundo laboral llevaba consigo un retraso en la maternidad y una caída progresiva del índice de natalidad.

La metáfora de “el reloj biológico” tiene tanto que ver con la cultura como con la naturaleza, pues apropiándose de aspectos biológicos del cuerpo femenino, su función cultural fue contrarrestar los efectos de la liberación de las mujeres. En los años 70 hubo un auge del movimiento feminista, acompañado del desarrollo de anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos, con lo que ante la caída de la tasa de fecundidad tanto en regiones desarrolladas como en regiones en desarrollo (Gans, 2002; Chakiel, 2004) y la postergación del matrimonio y por tanto de la maternidad por otros proyectos de vida, se acuñó el término “reloj biológico” para ser considerado una prueba de que las mujeres no debían alejarse demasiado de sus roles tradicionales.

A grandes rasgos, una mujer empieza su época más fértil en torno a los 20 años, cuando sus ciclos menstruales se han regularizado. La curva de la fertilidad se mantiene arriba entre los 25 y los 30 años y, a partir de los 35 años empiezan a decaer las posibilidades de concebir. La época fértil termina definitivamente con la llegada de la menopausia. Cada mujer tiene un número determinado de ovocitos que van desapareciendo y debilitándose a lo largo de su vida fértil. Esto es lo que conocemos con el nombre de *reserva ovárica*. A partir de los 35 años, la reserva ovárica entra en mínimos, por eso las posibilidades de concebir son más bajas (a priori). Pero, además de la edad, existen otros factores que afectan a esta reserva, como el tabaquismo, el alcohol o algunas enfermedades como la diabetes o la obesidad. (Ruiz-Hoyos, 2020).

Ana Belén González nos señala al respecto que

El tiempo corre en contra para las mujeres si tenemos en cuenta que la edad será un condicionante muy importante en el planteamiento del proyecto maternal, al estar también directamente relacionado con la capacidad reproductiva. El retraso en la edad de la maternidad resulta clave en el análisis del uso de las técnicas de reproducción asistida, ya que está asociado a problemas de fertilidad tanto por el descenso como por la calidad de la reserva ovocitaria, teniendo en cuenta que el colectivo médico establece una clara asociación entre aumento de la edad y descenso de la eficacia de los tratamientos. (2017:58).

La idea tradicional de que las mujeres deben sentir la llamada de la naturaleza en su fin primordial de procrear, ha sentado las bases desde la ciencia médica patriarcal-androcéntrica al binomio de mujer-naturaleza que ha perdurado hasta nuestros días, según las cuales, las mujeres disponen de esa etapa fértil de la cual hemos venido hablando, y que va desde la menarquía hasta la menopausia, con gran variabilidad de los 12 a los 50 años. Durante la misma, su capacidad reproductora varía con los años, disminuyendo progresivamente el número de folículos ováricos y la calidad de los ovocitos, lo que afecta además su expresión genética, ya que un grupo determinado de genes relacionados con la regulación del ciclo celular se expresan de forma distinta en mujeres menores de 35 años que en mujeres mayores de 35 años (Vantman y Vega, 2010). Aunque en los varones a partir de los 35 años también disminuye la fertilidad, sin embargo, este hecho no es divulgado socialmente, más bien todo lo contrario, la mayoría de la gente considera que un varón puede procrear indefinidamente, dando notoriedad pública al varón que es padre a una edad avanzada.

De todo lo anteriormente expuesto surge “la necesidad de ser madre”, siendo la edad un aspecto que da forma y sirve de anclaje para acudir a las tecnologías reproductivas cuando este ideal no puede cumplirse, cuando “el reloj biológico avisa que ya no es posible lograrlo naturalmente”, debido a la fuerte vinculación que se da a las categorías “reloj biológico” e “instinto materno”. Al respecto, nos señala Ana Belén González (2017) que, a pesar de las transformaciones en el ámbito de la

reproducción y de las relaciones sociales, la maternidad sigue siendo una parte esencial en la vida de las mujeres. En muchos casos continúa existiendo en el imaginario individual y colectivo la presencia de un instinto maternal ineludible y de un imperante reloj biológico que marcará la decisión de las mujeres de convertirse en madres, y que es ante el “deseo maternal” y en este contexto de transformación en la vida de las mujeres, en el que se sitúan las nuevas técnicas de reproducción asistida como respuesta ante las dificultades reproductivas.

A continuación, analizaremos algunos extractos de los discursos expresados por nuestras informantes, que muestran cómo el peso de la edad es un aspecto más que influye en la toma de decisión para realizarse procedimientos de fertilización asistida:

Informante N° 1: *“(…) siempre influye de una u otra forma, porque por lo menos tu estas ¿Ah bueno, que edad tienes tú?, ah tanto, y entonces cónchale tienes que apurarte, te tienes que casar, y después una vez que estas casada empiezan «j ay Dios y cuánto tiempo tienen ustedes de casados!», y «¡tienen que apurarse!», y «¿¡cuánto tiempo van a dejar ustedes para tener hijos?!» (…)* y entonces, una mujer tiene que casarse joven, tiene que tener sus hijos joven.”

Informante N° 2: *“(…) y me decían entonces, «¡ves, eso te pasa por no parir joven, por qué bueno es que ustedes se dedicaron fue a estudiar y quedaron pelando, ves, por eso es que uno tiene que parir joven!»… y lo escuche una vez de una vecina, una vecina cerca de la casa que hizo un comentario que uno sabía que era directo para uno «¡menos mal que yo parí joven, y que menos mal que yo tengo mis hijos que velarán por mí, si yo me pongo vieja!»”.*

Informante N° 3: *“(…) sabes, te va llegando la edad y tu dices bueno, no quedo embarazada, no quedo embarazada, o sea, y bueno los deseos que tiene uno pues (…)* y como no quedaba pues no se, dije, bueno vamos a buscar una ayuda (…) a parte de la edad, que era la primera gesta, eso me lo explicó la doctora pues, mira tu tienes tantos años, tienes 37, eres primigesta añosa, me dijo así, ese era el término, y yo dije «¡bueno, será!».”

Informante N° 4: *“(…) porque cuando ya uno pisa los 40 años ya esos procesos empiezan a aflorar en el cuerpo (…)* entonces ahí fue cuando empecé a darme cuenta de que ya necesitaba ayuda (…) ya mi esposo tenía también que hacerse un

*estudio un poco más profundo porque la edad tampoco lo ayudaba, ya él estaba cerca de los 50, entonces bueno ahí fue que, como que entendimos que la fertilización venía pues, que nos esperaba a la vuelta de la esquina.”*

*Informante N° 5: “(...) porque bueno yo di a luz con 43 años, o sea, parturienta añosa como dirían los médicos, edad avanzada, ya ahorita yo asumo que era la edad en que me tocaba, era la edad en que mis hijos me necesitaban y la edad en la que yo necesitaba a mis hijos (...) si a mí me lo hubiesen dicho a los 20 cuando yo comencé a asistir a un ginecólogo, bueno, sabes?, tengo la noción de lo que pasa, no como me tocó a mí a los 33 años, te sientes atropellada que te dicen, ¡ah no tu no estas produciendo los folículos que tienes que producir a tu edad, y ya te quedan 2 años nada más para que comiences a ser una mujer en edad de riesgo!”*

*Informante N° 6: “por la edad que ya tenía, que era una, eso tiene un nombre, añosa (...) a los 35 fue que yo empece, y a los 35 es tarde, 34 es tarde, 30 es tarde, y vas viendo como a esa edad va disminuyendo tu contaje de óvulos, o sea, empece tarde (...) la edad estaba avanzando, y en las salas de espera, ya empezaban a estar muchachas, chicas de 25 años, cuando tu decías «no yo tengo 35» y ahí los temas eran «¿y cuantos ovulos tienes tu?», no se cuantos, y «¿cuantos años tienes tu?», tantos. Fijate como son los temas de acuerdo al contexto donde estes, una cosa loca, bueno esos eran los temas, y entonces ahí yo empece a ver que ya, lo entendí, y ¿por qué yo espere? y ahí entonces otra vez el autoflagelarte tu misma, el autoflagelarte otra vez, eso es malo, malo, malo y eso es una de las cosas que uno tiene, no se por que lo tenemos”.*

Como se puede desentrañar de los discursos de nuestras informantes, la edad se constituye en un factor determinante para decidir optar por tratamientos de fertilidad, pues inevitablemente establecen la asociación entre alcanzar cierta edad y la imposibilidad de lograr la concepción, ya sea por los comentarios que recibieron al respecto, o por su propia introspección en relación a este aspecto.

Ahora bien, vale la pena cuestionarnos ¿Si hay realmente un reloj biológico para la maternidad, o si es posible que más allá de un reloj biológico, se trate más bien de un reloj social que dependa del entorno que nos rodea y que realmente sea el que influya en la decisión de tener hijos/as? ¿Existen factores externos que condicionen a la maternidad luego de postergarla conscientemente o tan siquiera haberla considerado como proyecto de vida inicialmente?

Para Silvina Smietniansky,

(...) la idea de un desfase entre el reloj biológico y el tiempo social de la maternidad señala un indicio para continuar indagando qué peso ocupan la naturaleza y la cultura en la representación y determinación del momento ideal para tener un hijo. Retrasarse es una falta frente a la norma de la puntualidad; así las técnicas de reproducción humana asistida parecerían servir para volver a readecuar ambos tiempos. Asimismo, frente al desfase entre el tiempo biológico y el tiempo social de la maternidad, la medicina permite extender el tiempo limitado por la biología, reponiendo en este contexto de análisis la idea de que la ciencia es percibida como una ayuda a la naturaleza. (2019:222).

Al respecto, hay que considerar lo que señala Carme Fitó (2010), y es que actualmente, “la edad biológica y la edad cronológica de las mujeres no coinciden”. Diversos estudios realizados tanto en países europeos como latinoamericanos (Montilva, 2008; Alamillos, 2016; Gordillo, 2021) han mostrado que las mujeres que apuestan por otras alternativas de superación personal no se plantean tener hijos/as a temprana edad. Para ellas tener un/a hijo/a a los veinticinco años es imposible porque no hay estabilidad económica, ni se tiene una pareja estable; a los treinta tampoco estás estabilizada y a los cuarenta ya has madurado y empiezas a plantearte las cosas en serio pero entonces ya es tarde biológicamente. Esto nos hace reflexionar que el reloj biológico actualmente no está de acuerdo con el tiempo de vida de las mujeres, por lo que el recurso de las técnicas de reproducción asistida aparecería entonces cuando ambos tiempos entran en desfase: si bien las mujeres aún están en condiciones de formar una pareja, el tiempo natural del cuerpo agota su capacidad reproductiva. En el uso corriente se apela a la expresión “retraso de la maternidad” para referir a este proceso, y Fitó también caracteriza al desajuste entre el “tiempo biológico” y el “tiempo social” en estos términos.

Por otra parte, Beatriz Campos (2011) propone una diferenciación entre la infertilidad fisiológica en dos tipos: la infertilidad fisiológica asociada a la edad y la infertilidad fisiológica por otras causas (de nacimiento, debido a algún accidente, a

consecuencia de alguna enfermedad, etc.). Respecto de la infertilidad fisiológica asociada a la edad, esta autora plantea que

Cuando se ha delimitado el concepto y la clasificación de la infertilidad fisiológica se ha querido diferenciar la infertilidad asociada a la edad, dada su creciente relevancia en las investigaciones y porque está siendo cargada con un peso simbólico específico importante. La infertilidad fisiológica asociada a la edad está atravesada por todos los discursos ya señalados que afectan a la infertilidad (maternidad, ideología pronatalista, parentalidad-conyugalidad, linaje) y se entrecruzan otros dos. El primero de ellos es la narrativa del reloj biológico, narrativa que encaja muy bien en la instigación de la conflictividad entre los ámbitos de la carrera profesional/laboral y la maternidad en las mujeres, ayudando a su vez a difundir la creencia del aumento de la infertilidad y a situar en una situación de mayor desesperación a las mujeres ante una cuenta atrás irremediable. La infertilidad fisiológica asociada a la edad también ha de soportar la carga de la ideología médica individualista, mediante la cual se enfatizan ciertos comportamientos de cada persona considerados erróneos y se culpa a los individuos e individuos de su mala situación de salud. Esto no solamente limita las posibilidades de observar pautas sociales de prevención sino que obvia categorías como el sexo, la raza y la nacionalidad, y las relaciones existentes entre las mismas. La unión de este conjunto de elementos ideológicos deriva en un peso añadido para las mujeres con infertilidad, olvidando por un lado las diversas opciones vitales de las mujeres y, por otro, que el mercado laboral está definido en términos masculinizados y masculinizantes y exige una disponibilidad escasamente compatible con la sobrecarga de cuidados atribuida a las mujeres. Todo esto sin considerar el hecho de que mucha parte del mercado laboral remunerado aún sigue expulsando a las madres (ya sea preguntando en las entrevistas si se planea tener descendencia, o relegando de responsabilidades sin otra causa aparente). (2011:116-117).

Ahora bien, más allá de lo que se ha establecido con respecto al estigma de la edad y el “reloj biológico” como un factor que predispone a las mujeres al uso de las TRHA, vale la pena destacar desde otra perspectiva, ya asociada a políticas de salud sexual y reproductiva, lo que tiene que ver con la toma de decisión sobre nuestros cuerpos. Es importante considerar que muchas mujeres postergan conscientemente la maternidad y desde su juventud deciden criopreservar o vitrificar sus óvulos, para la procreación futura (más allá de la tasa de éxito de los procedimientos o de los problemas futuros asociados a la fertilidad, lo cual sería parte de los riesgos que se deben informar para la toma de decisión). Sin embargo, no todas las mujeres tienen

acceso a la misma información, y por desconocimiento, no toman este tipo de decisiones, ya que estos asuntos están absolutamente ausentes dentro de las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a las mujeres.

Al respecto, una de nuestras informantes hace la siguiente observación:

Informante N° 5: *“(...) pudiéndolo saber desde que comienzas a tener una vida sexualmente activa, que es donde puedas tener hijos, o antes, en tus primeros chequeos ginecológicos, tu puedes saber si tu producción de folículos es suficiente, si tu hormona se está produciendo normalmente o no, eso lo puedes saber, y ningún ginecólogo te dice nada, te pueden ofrecer, mira congela tus óvulos ahorita cuando tienes 20 años (...) o sea, cónchale, y por qué a mí no me informaron si un médico está formado y sabe esa información, entonces los ginecólogos, yo creo que ellos no transmiten esa información correctamente.”*

Este discurso de una de nuestras informantes nos llama a la reflexión sobre la necesidad de adecuar las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a las mujeres, de manera tal que podamos tener la información necesaria y completa de lo que ocurre biológicamente con nuestros cuerpos, y que nos permita una toma de decisión sobre lo que queremos hacer con nuestras vidas. Al respecto, vale la pena comentar lo que sucede en España en cuando a criopreservación de óvulos se refiere, y que está establecido en su marco regulatorio en esta materia. Diana Marré (2011) nos comenta que en el II Congreso Internacional del Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI), celebrado en Barcelona en el año 2007, su director señaló que el número de mujeres jóvenes que congela sus óvulos para poder dedicarse a su profesión y más adelante recuperarlos, no sólo está creciendo sino que se produce a edades cada vez más tempranas y sin que medie una enfermedad que lo indique, sino como un mecanismo de regulación de la fertilidad. (p. 41).

Así mismo, Alfredo Elena y colaboradoras, señalan que

Los cambios socio-culturales, la creciente aceptabilidad de otras formas de familia, el priorizar objetivos educacionales y laborales, así como la dificultad para encontrar pareja, se consideran como los principales

argumentos para retardar la búsqueda más temprana de la maternidad. Lamentablemente, y contrariamente a la percepción que se tiene al respecto, las técnicas de fertilización asistida de alta complejidad no logran revertir el efecto deletéreo de la edad sobre las tasas de embarazo. Paradójicamente, así la edad reproductiva avanzada no solo es la indicación de la técnica, sino también la responsable de los magros resultados. Más allá de la recomendación de buscar el embarazo a edades más tempranas, la criopreservación de ovocitos por técnicas de vitrificación constituye hoy por hoy una herramienta segura, útil y válida para intentar preservar la fertilidad futura. El problema fundamental en la práctica diaria es que las pacientes vienen a «preservar» su fertilidad a edades en las cuales su reserva ovárica ya se encuentra comprometida. Es la edad por sí sola un factor con efecto sobre la fertilidad y actualmente es el principal motivo de preservación de fertilidad conocido como de «causa social» o por «razones no-médicas». (2022:675).

Esto que nos plantea nuestra informante y que nos explican Marre (2011) y Elena y col., (2022), es lo que se conoce como *libertad sexual y genésica*, que se refiere al derecho que tenemos tanto mujeres como hombres a decidir en libertad si deseamos reproducirnos y en qué momento, así como el derecho que tenemos a estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables para su elección, y también incluye el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud en materia reproductiva (Pérez, 2002).

Este derecho, se encuentra establecido en varios documentos legales emanados de distintas convenciones internacionales, entre las cuales cabe destacar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966 actualizado más recientemente en el 2016 en la Observación General 22 dedicada al “Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”) y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979). Al respecto vale la pena señalar lo que establece la Recomendación General N° 24 de la CEDAW, realizada en el año 1999, con respecto a lo planteado en su artículo 12 (el cual se refiere a “La Mujer y la Salud”), párrafo 1, apartado 23

(...) los Estados Partes deben indicar qué medidas han adoptado para garantizar el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual y genésica en general. Se debe prestar atención especial a la educación sanitaria de los adolescentes, incluso proporcionarles información y asesoramiento sobre todos los métodos de planificación de la familia. (1999:s/p).

Por su parte, la Observación General 22 del PIDESC, establece en su artículo 22 que

Todas las personas y grupos deben poder disfrutar de igualdad de acceso a la misma variedad, calidad y nivel de establecimientos, información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva y ejercitar sus derechos sexuales y reproductivos sin ningún tipo de discriminación. (2016:s/p).

En este sentido y como lo señala Alicia Elena Pérez Duarte (2002), la sexualidad forma parte del conjunto de atributos y facultades de las personas, que es inherente a su naturaleza, que posee un carácter universal, y por tanto, la reproducción debe ser, en el ser humano, una expresión de libertad, voluntad y responsabilidad. Así mismo, nos señala que la perspectiva de género es un auxiliar fundamental e indispensable para la correcta comprensión de los fenómenos de la naturaleza humana como lo son la sexualidad y la reproducción y, por tanto, para el diseño de políticas y programas que respeten en toda su amplitud los derechos inherentes a estos fenómenos naturales y humanos.

Desafortunadamente, en la mayoría de los países, incluido el nuestro, las políticas y programas de salud sexual y reproductiva, por lo general no se elaboran con perspectiva de género; muy por el contrario, a los avances logrados en el ámbito internacional, les ha faltado una correcta aplicación desde la perspectiva de género en lo que se refiere a la sexualidad y la reproducción humanas, y dado que es un factor indispensable para lograr el reconocimiento de los derechos que van vinculados, hoy en día, éstos son volátiles y confusos. En la medida en que la reproducción humana siga siendo considerada como un asunto de mujeres, los

derechos sexuales y reproductivos seguirán siendo elementos difusos y confusos en los textos internacionales de derechos humanos.

Al respecto, vale la pena destacar el papel de Venezuela en relación con los derechos sexuales y reproductivos, recordando que nuestro país se acogió y adoptó lo establecido en la CEDAW a partir de 1980, y desde entonces debe rendir evaluación en los encuentros para tal fin que se llevan a cabo entre los Estados Partes de la Convención. En mayo de este año 2023, se celebró en Ginebra la sesión 85 del Comité de la CEDAW con la finalidad de que cada Estado informara sobre las medidas que han adoptado en relación con los derechos descritos en la convención y los progresos realizados por el Estado en la defensa de los derechos de las mujeres, sesión en la cual Venezuela presentó su noveno informe periódico.

Dicho informe recibió serias observaciones acerca de los escasos progresos registrados en relación con el acceso a la salud sexual y reproductiva, entre otros aspectos relacionados con los derechos de las mujeres, tales como: el acceso igualitario a la justicia, la prevención de la violencia de género, la trata de personas ante la crisis migratoria y el cese de la estigmatización y hostigamiento estatal contra las mujeres de perfil público. (Alerta Venezuela, 2023). Los resultados del informe demuestran que aún queda mucho por hacer en nuestro país en materia de Salud Sexual y Reproductiva, y en relación con el tema que venimos abordando, queda mucho por avanzar en cuanto a los derechos de las mujeres en relación a la medicina reproductiva y la aplicación de las TRHA.

A propósito de los derechos, nos amplía un poco la mirada Florencia Luna (2008) al indicar además, que el derecho a beneficiarse del progreso científico consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hace que el acceso a las tecnologías de

reproducción asistida se considere un derecho en materia de salud sexual y reproductiva, ya que tales técnicas involucran progresos científicos que permiten superar problemas físicos que impiden el logro y continuación del embarazo, brindan la posibilidad de tener hijos/as y permiten superar el sufrimiento que conlleva los intentos fallidos de formar una familia (p. 77). Ahora bien, lo importante es que el ejercicio de este derecho, no menoscabe lo que en el fondo subyace, esto es, que se requieren políticas de salud sexual y reproductiva que realmente aborden las causas reales de la infertilidad, puesto que estas tecnologías reproductivas solo satisfacen la “demanda de hijo/a”, pero no resuelven la infertilidad.

De allí que se deben desarrollar políticas de salud sexual y reproductiva, que tomen en consideración la situación actual de las mujeres en el mundo, que desestigmaticen la edad como factor en contra, y que más bien se desarrollen estrategias que permitan a las mujeres tomar la decisión de ser madres, en el momento que así lo consideren y con absoluta libertad y convicción, para lo cual requieren contar con toda la información posible, por lo que evidentemente se requiere avanzar en materia de educación en salud sexual y reproductiva.

## **El dolor detrás del deseo forjado y el sufrimiento asociado a la espera. ¿Cualquier sacrificio es válido?**

*También forma parte del discurso social de la maternidad,  
la imagen martirizada y estoica de la mujer, reforzada por los  
sacrificios propios de este tipo de tratamiento  
Silvia Subert*

Cuando una mujer no logra concebir, existiendo en ella el “deseo de maternidad” se da inicio a una espiral sin fin, primero buscando de forma natural todos los meses; y luego, si ese tan ansiado embarazo no llega, toma el camino de la medicina reproductiva en búsqueda de un diagnóstico. Cuando ya es catalogada clínicamente como “infértil”, viene un proceso de duelo y posterior aceptación, para finalmente comenzar a adentrarse en el mundo de los tratamientos reproductivos.

La experiencia de la infertilidad implica una serie de pérdidas difíciles de sobrellevar, “pérdidas múltiples” o “duelo de duelos” (como lo llaman Payne y Alda, citadas en Ortiz, 2015). Como parte de la aceptación, este duelo de duelos consiste en un duelo múltiple que remueve fantasmas del presente, al evidenciar a diario la falta de descendencia; del pasado, al reunir toda la historia intersubjetiva de cada uno/a y de sus ancestros; y del futuro, al remitir a la persona sin hijos/as biológicos/as a la finitud.

El duelo por la infertilidad posee características diferenciales con respecto a otros duelos, ya que se duela un deseo, una ilusión, y no algo que se tuvo y luego se perdió, sino es algo que nunca existió. El proceso no se da como conmoción frente a la pérdida de un ser querido, sino a la pérdida de un proyecto de vida potencial. Parafraseando a Barbara Menning (1988) la sociedad tiene tradiciones y rituales para aceptar y asimilar la muerte, pero con la infertilidad es distinto: no hay un funeral, no hay resucitación, no hay tumba donde poner flores; la familia y los/as amigos/as tal vez nunca se enteran y la pareja infértil llora sola.

## Como lo plantea María Gloria Riquelme

Perder la esperanza de un hijo es como un duelo y, sin embargo, es mucho más difícil de lamentar que cuando uno pierde a una persona querida a través de la muerte, debido a que no hay un foco para el duelo. La pérdida de la capacidad reproductiva se enmarca en un duelo existencial, situación difícil de superar por ser tan difusa y abarcativa, donde lo que impera en las personas es una enorme sensación de vacío. Nadie está preparado para la infertilidad, dándose por hecho la fertilidad como algo naturalmente esperado. La incredulidad es la primera reacción de shock, debido a que la sociedad prepara a las personas para ser fértiles y no lo contrario. Las reacciones psicológicas que, eventualmente, puede desencadenar la infertilidad pueden ser desconocidas por quienes sufren el problema, por lo que las mujeres pueden sentirse asustadas por la intensidad de los sentimientos experimentados, siendo frecuente que se sufra intensa y solitariamente en medio de una gran confusión. (2006: 25-26).

Este duelo se manifiesta en varias etapas. Para las autoras Barbara Menning (1988) y María Arce (2011) las etapas que viven una mujer (y su pareja) luego de un diagnóstico de infertilidad, son las siguientes:

- Shock y negación: La mujer queda en shock al enterarse o darse cuenta de que tiene un problema de infertilidad. Esta etapa se caracteriza por estar “como zombi” o en un túnel, muy distante de los demás. Se es invadido por el pensamiento de que lo sucedido no puede ser verdad, de que alguien puede haber cometido un error. Como es algo intolerable para la mente, se presenta una fase de negación, por lo que se utilizan los sistemas de defensa emocional en un intento de negar la realidad dolorosa que está emergiendo. Se racionaliza, evita y se continúa buscando una manera de salir de esto a través de excusas.
- Ira o enojo: El enojo es probablemente la respuesta más común a cualquier situación en donde la persona se siente tratada injustamente, humillada, desechada o fracasada. Las mujeres infértiles se sienten incomprendidas y el enojo aparece como una respuesta a todas las circunstancias desagradables. El primer enojo que se experimenta es cuando se dice ¿Por qué yo?, ¿Todos pueden y yo no? ¿Qué no hice que otros han hecho? Después la ira y el enojo se

dirigen del “yo” al “tú”, y se vierten hacia el cónyuge lo que puede volverse un problema al atacarse mutuamente. A veces Dios (o la creencia que se tenga) es el destinatario del enojo, al sentirse abandonada por Él e ignorada en sus plegarias.

- Aislamiento y Negociación: “Si hago esto seguro me embarazo”. Comienzan a abundar algunos mitos y supersticiones: “¡Relájate!, ¡Tómame una segunda luna de miel!, si la mujer está trabajando ¡Deja tu trabajo! o si por el contrario no trabaja entonces, ¡Consigue un trabajo para ocupar tu mente!”. La situación se escapa de las manos y la mujer generalmente trata de hacer "lo que sea" para recuperar el control. Tristemente cuando más se aísla y negocia una persona, más pierde el control y son más los efectos negativos.
- Culpa: Es de naturaleza humana sustituir la culpa con acusación, intentando no sentirse responsable. La culpa es dirigida a veces al cónyuge, al doctor, o al mundo en general. El sentimiento de culpa retrasa la recuperación ya que muchas veces se recurre interminablemente al pasado y hay hechos que se cuestionan.
- Depresión y dolor: En este largo camino de la infertilidad, las mujeres comienzan a sentirse abandonadas, desesperanzadas, desesperadas y desoladas. Piensan que no existen opciones viables o positivas a su problema. Muchas personas refieren este período como el “callejón sin salida”.
- Aceptación: Este es el proceso final del duelo. Una vez que la mujer (y la pareja) se ha rendido a la desesperación de su duelo, puede comenzar a salir de él. El camino a esta aceptación, en tiempo y en intensidad, varía de una pareja a otra, es diferente entre hombres y mujeres, e incluye otros aspectos de la pareja misma. Aunque la dificultad reproductiva haya sido identificada en un miembro de la pareja, la aceptación es necesaria en ambos. La aceptación no significa que el problema desaparezca, sino que se puede manejar de una forma sana, tanto en lo individual como en pareja. En la aceptación se puede hablar del problema

aunque sepan que duele y que se puede vivir con este dolor al tratarlo adecuadamente. La pareja se adapta y controla la situación y en ese momento pueden ya tomar una decisión respecto al camino que seguirán.

Luego de ese proceso de aceptación y superación de este duelo múltiple, se da inicio a todo lo que pueda sobrellevar el duelo, que permita cambiar esa realidad. Es entonces cuando aparece la opción de las TRHA, dando los primeros pasos ante un largo recorrido que termina convirtiéndose en una carrera contra el tiempo y en una lucha interna contra los miedos y la desesperanza, entrando así en un mundo de procedimientos, tratamientos, medicamentos y estrictos protocolos para lograr concebir un/a hijo/a.

Ahora bien, una vez dentro de este mundo de la medicina reproductiva, siguen los duelos ya sea porque a pesar de todos los esfuerzos no se logra la tan ansiada concepción del/la hijo/a, o bien porque aun logrando concebirlo/a ocurren pérdidas (abortos, muertes perinatales y gestacionales) destruyendo así todas las expectativas alrededor de este hecho, y porque además, en ese maratón de tratamientos no se dejan espacios para la despedida de los/as hijos/as perdidos/as.

Adicionalmente a la sucesión de duelos a los cuales hemos venido haciendo mención, que vive una mujer frente a la noticia de su infertilidad, está también la posibilidad de un duelo que ocurre cuando existe el impedimento de utilizar el propio material genético en la reproducción, el cual es comúnmente llamado “duelo genético” (Ormart y Abelaira, 2020; Cerrato, 2021). El duelo genético es un proceso que atraviesa uno de los progenitores o ambos cuando requieren recurrir a la donación de gametos para poder acceder a las TRHA, siendo esta una situación en la que se combinan sentimientos contradictorios de emoción y esperanza (por poder

hallar una posible solución ante la falta de hijo/a) y a la vez de pérdida y fracaso (al no poder dejar descendencia genética propia).

Cuando se trata de aferrarse a la promesa de la concepción, aunque parezca alucinante o disparatada, cualquier ayuda que mitigue el dolor de la pérdida es bienvenida. La epigenética se convierte entonces para muchas mujeres usuarias de las TRHA en esto, un paliativo al duelo genético, que se redobla por el matching fenotípico (en el que además los centros de fertilidad se encargan de seleccionar donantes compatibles fenotípicamente). Los centros de fertilidad se apropian de la epigenética y hacen promesas a las mujeres para convencerlas a que accedan a las TRHA, pues como señalan Ormart y Abelaira

En el caso particular de la donación de óvulos se observa, a menudo, que los médicos suelen recurrir a la epigenética para explicar que el hecho de gestar el embarazo hace que el impacto de la información genética aportada por la donante se relativice. La explicación consta de hacer saber a los pacientes que la manifestación de los genes también depende del medio en que estos se desarrollan. Como en el caso de la ovodonación quien llevará adelante la gestación será la madre del futuro niño, esta explicación deja entrever que la madre también hará “su aporte genético” y no sólo la donante de gametas. Además, a este esclarecimiento, se suele sumar la oferta del matching fenotípico. Esto implica la búsqueda de una donante con características similares a la receptora. (2020:45).

Estas mismas autoras sostienen que estas operatorias lejos de su promesa de “agilizar” el duelo, apuntan a reprimirlo, ya que un duelo no producido es un duelo que retorna, pues lo rechazado reaparece e insiste (p. 13). Tramitar un duelo genético, lleva un tiempo diferente para cada persona, un tiempo necesario de revisión de las fantasías en torno al propio descendiente, que se encuentra en sintonía con una cadena generacional que lo antecede, y que es necesaria para que el/la niño/a por venir, no cargue con fantasmas de los/as hijos/as “genéticamente propios/as” que no pudieron ser.

Por otra parte, además del duelo, los tratamientos de reproducción asistida demandan mucho esfuerzo, tiempo y energía para las mujeres que viven esta experiencia. Las mujeres deben enfrentarse a tratamientos que son muy exigentes y que deben ser cumplidos al pie de la letra y en las fechas requeridas, es decir, es sumamente importante que no se falle ni un día en el tratamiento, pues puede significar el fracaso del mismo. Es una gran presión para ellas someterse a estos estrictos y rigurosos tratamientos, sobre todo en su desenvolvimiento con el entorno.

Es muy probable que estas mujeres al estar regularmente bajo un control médico, asistiendo a citas, tomando medicamentos, siguiendo indicaciones médicas, etc., perciban una pérdida de su salud, que antes de ingresar al programa de fertilidad creían tener en muy buen estado, sin embargo, y a pesar de ello, siguen encaminadas a lograrlo. Además, algunos medicamentos producen efectos secundarios muy desagradables que las hacen sentirse enfermas (vómito, diarreas, etc.). También el tratamiento les puede producir cambios en su imagen corporal, que les hace además, sentirse mal con su cuerpo. Hay cambios en las rutinas y hábitos de alimentación y ejercicio, además de la programación de la relación sexual, que reduce la calidad especial y espontánea de un encuentro con el otro con objeto de disfrute, frente a un trámite que toca por ciclo menstrual. Así, la medicalización de la infertilidad equipara la infertilidad con una enfermedad. Se enferma al cuerpo, desde lo social; y con ello se causa pena, dolor y sufrimiento, al provocar una angustia asociada a la falta de hijo/a.

En palabras de Silvia Tubert,

(...) la angustia que acompaña a toda enfermedad se puede reducir a una falta de saber, que los equipos de investigación se apresuran a subsanar  
(...) Para la medicina la dimensión subjetiva del sufrimiento, del deseo y del goce se desvanece en favor de la dimensión objetiva del saber. En realidad, hay un único discurso sobre el sufrimiento, que es el de la

persona que lo experimenta. La medicina no quiere ni puede saber nada de ese sufrimiento: lo transforma en dolor, opresión, fiebre, etc. El sufrimiento existe para el médico solo como síntoma, es decir, en tanto se puede formular con los significantes que constituyen un síndrome que tiene ya un lugar establecido en la nosología. En verdad, el enfermo no le habla al médico en tanto tal, habla de sí como podría hablar de un tercero, y el interés de lo que dice para la medicina, se limita exclusivamente al hecho de que es un observador privilegiado de su enfermedad. (1991: 24-25).

En virtud de lo que venimos explicando, a continuación, haremos mención a algunos de los discursos de nuestras informantes que nos muestran a lo que nos referimos:

Informante N° 1: *“(...) se requieren demasiados exámenes y eso, mientras yo inicié el tratamiento ahí se llevó un año para realizar el primer procedimiento y bueno, ese primer procedimiento resultó fallido. A los pocos meses de eso, de yo recuperarme emocionalmente, decidimos iniciar nuevamente pero decidimos irnos a otro centro (...) muy larga la espera, muchos exámenes, algunos exámenes súper complicados porque no hay reactivos; otros, tu sabes que hay algunos que son por fechas, entonces esperar la fecha, es súper fuerte (...) pero un procedimiento para uno llegar y tomar el número, ser atendido, entrar en el grupo, pasar la espera de los resultados, y bueno un tratamiento por esos resultados, entonces de verdad que es como muy tediosa la espera para uno que está tan desesperado en tener un hijo (...) algunos exámenes de otro tipo como el de la parte para ver la permeabilidad de las trompas, ese es un examen súper desagradable y además tiene su fecha exacta (...) entonces se hacen demasiado largos, hay unos que son para uno mismo algo desagradable, pero me imagino que cuando uno se plantea un objetivo, va buscando eso, así bueno se tropiece y se vuelve a parar, pero bueno, ahí sigues.”*

Informante N° 2: *“(...) no es fácil, esa situación es muy dura de vivir (...) nosotros tuvimos el embarazo gemelar que perdimos, luego a los 2 años volvimos a empezar todo el procedimiento otra vez, empezamos de nuevo a hacernos todos los exámenes él y yo, porque había que verificar ahora en qué punto estaba él y en qué punto estaba yo; y entonces entramos en lo que fue el proceso de inseminación artificial, volver a colocar todas las hormonas, comprar todo el tratamiento, esa vez no tuvimos el fruto esperado, ok, y si, seguimos intentando, nuestras consultas, todos los exámenes, todo el proceso (...) luego me hicieron una histerosonografía, y ahí determinaron pues que estaba muy fibroso, muy endurecido el útero, y que no era bueno ni fisiológicamente ni psicológicamente pasar por eso, porque no iba a tener los frutos que se esperaban en virtud de que el útero no iba a responder a su elasticidad que se requería, entonces era un riesgo (...) y que hay duelos, porque primero tuve la primera pérdida natural, eso es un duelo, cuando pasamos por el cerclaje es un duelo, cuando nos hacemos la inseminación artificial y no se da, eso es*

*un duelo, cuando entramos en el programa de adopción y en la primera fase pasamos, porque pasamos por dos ternas, y todo el trámite, esos son duelos.”*

*Informante N° 4: “(...) hubo un momento en que yo antes de hacerme las inseminaciones yo fui para el centro de fertilidad, y el doctor me dijo, por condiciones normales tu no vas a poder ser mama, entonces cuando te dicen eso te quiebras; y yo como que dije, no no, yo no quiero esto, yo me voy donde mi doctora que me acobia y que me dice que todo va a estar bien y que las inseminaciones van a darse, y por supuesto no se dieron. Entonces ahí tuve que hacer como que un trabajo interno de aceptar que tenía que buscar ayuda realmente (...) entonces en ese momento era un rollo conseguir las inmunoglobulinas que era una cosa loca en ese año, y para la parte hematológica iba a necesitar un tratamiento antitromboembólico que también eso era súper difícil conseguirlo, y empezamos a buscar los tratamientos como tal, entonces era también buscar eso, buscar las ampollas; eso se volvió como algo titánico, el encontrar las cosas para poder entrar en la serie.”*

*Informante N° 5: “(...) comenzamos con las inseminaciones, bueno y tú sabes, ese es un proceso, bueno yo no voy a decir complicado, sino como difícil porque es ir, hacer el eco antes, ver cuantos folículos tienes, vamos a hacerlo, entonces cuabras el día, un eco interdiario prácticamente, y entonces de repente lo hacíamos un mes y al otro mes no lo hacías, y al siguiente mes volvías y en eso se nos fue como año y medio entre las inseminaciones, que si no salen entonces bueno (...) tomamos un receso un tiempo, nos fuimos de vacaciones, regresamos, dijimos este año no vamos a hacer nada, retomamos, fuimos a un médico y no nos gustó, perdimos ese tiempo que son como 3 meses más perdidos, entre que vuelves a repetirte los exámenes, vuelves a hacer todo y llegamos al centro donde finalmente quede embarazada, pero en ese centro, pues bueno nada, pase como 5 años ahí (...) tu sabes que ahí van siempre 2 cosas de la mano, es el riesgo médico y tu parte emocional que juega mucho, porque entonces es esperar otro mes completo no?, es como una carrera contra el tiempo.”*

*Informante N° 6: Esa primera, cuando me dan a los 15 días, que había que hacerse la prueba de embarazo y esta negativa, bueno eso fue una gran tristeza para mi, fue una gran cosa, si, o sea, es una gran decepcion, porque yo estaba segura que ese era, entonces esa primera fue una gran decepcion (...) la segunda la tome con más calma, pero yo ahí si creia que esa si, que esa iba, esa era; y bueno, fue el ovulo mejor, la cosa mejor, todo, y yo dije «jah bueno esto va a ser perfecto!», y no; y entonces bueno, fue algo mas, mas de jesto no me toca a mi!, es algo que te preguntas ¿que esta pasando? porque esto no esta bien.”*

Como se puede extraer de los discursos de nuestras informantes, hay un detrimento en la calidad de vida de las mujeres, relacionado con su salud, no solo física sino sobre todo en el ámbito emocional, ante todos los procesos vinculados a la fertilización asistida. Son distintos procesos lo que ellas van viviendo en ese transitar de los tratamientos reproductivos, y en cada paso que van dando, se van presentando situaciones y circunstancias que les van causando pena, dolor y sufrimiento en sus vidas, pérdidas irreparables, duelos, todo lo cual va influyendo en su estado de ánimo, va influyendo a nivel psicológico y finalmente va alterando su calidad de vida.

Al respecto, Pérez y Barraca (2016) han reportado que en las últimas décadas, numerosos estudios se han centrado en la calidad de vida de las personas con infertilidad, señalando que esta puede verse afectada tanto por la percepción de enfermedad en sí misma, como por los tratamientos asociados a esta. Estos autores refieren que,

La persona con infertilidad puede experimentar una gran carga psicológica al comenzar un tratamiento de reproducción. Las frecuentes visitas al centro, la dificultad para ajustarse a estas, someterse a las pruebas médicas requeridas, el coste económico, las difíciles decisiones que hay que tomar a lo largo de este proceso (cuánto tiempo y dinero invertir, qué tratamiento escoger, etc.), son factores que se relacionan con la merma de calidad de vida de estos pacientes. Se ha identificado en diversos trabajos que la infertilidad tiene efectos perjudiciales en la salud de las personas que la padecen: el cansancio, la pérdida o aumento de apetito, los problemas del sueño y la aparición de dolor en distintas zonas, son algunas de las principales consecuencias. También se pueden encontrar síntomas somáticos (náuseas, palpitaciones, desmayos, etc.) así como un menor funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, problemas para resolver conflictos o tomar decisiones). Los elevados niveles de estrés y emociones negativas que pueden mantenerse de forma prolongada, aumentan la probabilidad de la instauración de hábitos de vida poco saludables: consumo de tabaco, alcohol, disminución de actividad física o sedentarismo, así como alimentación inadecuada. También pueden surgir estrategias de afrontamiento inadecuadas como evitar lugares con niños, alejarse de la principal red social y no comunicarse de una forma asertiva. (2015: 117).

Así, las mujeres que pasan por esta vivencia (de todo lo que encierra el diagnóstico, la evaluación previa y los tratamientos con medicamentos que no solo les afecta físicamente sino que además es arduo ubicarlos en nuestro país), se enfrentan a una realidad difícil: los estudios de detección son largos y algunos de ellos dolorosos, los costos son altos y, sobre todo, son pocas las probabilidades de éxito. Todo lo anterior hace que el proceso de fertilización sea considerado como estresante y con periodos de ansiedad y depresión, lo que algunos autores han definido desde la psicología como “la montaña rusa emocional” (Cook, 1997 citado en Arranz Lara y col., 2001).

Carmen Moreno Rosset (2010), define esta montaña rusa emocional como los altibajos de sentimientos que experimentan las mujeres tras recibir un diagnóstico de infertilidad, donde se entremezclan emociones contradictorias: por un lado sentimientos de frustración, impotencia o tristeza y, por otro lado, confianza, esperanza y optimismo por la posibilidad de obtenerlo a través de las TRHA, de allí que se denomine de esa forma en la literatura médico-psicológica, como “carrusel de emociones” o “montaña rusa de emociones”, la cual tiende a repetirse en cada nuevo tratamiento, e implica sufrimiento y desgaste a largo plazo para la mujer.

Pérez y Barraca (2016) señalan además que son numerosos los estudios que evalúan el impacto emocional de estos tratamientos, evidenciándose la presencia de emociones negativas, como la tristeza y la ansiedad, en personas sometidas a TRHA, y que la mayoría de estos estudios reflejan que este impacto psicológico es diferente en función del género, siendo las mujeres las más afectadas.

A propósito de esto, Leticia Urdapilleta explica que

El modo en que vivencian ambos integrantes de la pareja un TRA está marcado por diferencias de género, que se hacen evidentes respecto de sus posicionamientos interpersonales y las realidades del tratamiento en sí. No importa quien tenga el síntoma de infertilidad en el cuerpo,

siempre es la mujer la que carga con el peso del tratamiento sobre su físico. Además, su grado de involucramiento y disposición hacia el procedimiento es generalmente mucho mayor que el de los hombres. Por este motivo, ellas se reportan más estresadas que sus maridos frente a las TRA; además están más ansiosas y fatigadas por el mismo motivo. Internamente muchas de ellas sienten que deben generar un hijo para sus parejas y familiares, lo cual las hace sentir culpables del fracaso del tratamiento si no llegan al embarazo luego de los tratamientos. (1999:78).

Por otra parte, además del duelo y los sacrificios propios de los tratamientos, está la espera. Hay un periodo que es especialmente inquietante para las mujeres: los días de espera hasta que le confirmen si el tratamiento de fertilización funcionó, y si está embarazada o no. Coloquialmente esos días se denominan “betaespera” (Moreno, 2008; Vallejo, 2019;) y se refiere al tiempo luego del tratamiento (haya sido este de baja complejidad –como en el caso de una inseminación artificial– o de alta complejidad –como en el caso de la fecundación in vitro–) con una duración aproximada entre 9 y 14 días, desde el momento de la intervención del tratamiento hasta el resultado del análisis de la beta gonadotropina coriónica humana. Esta etapa, que para las mujeres parece eterna, se considera una de las más complejas desde lo psicológico, porque el tiempo toma otra dimensión, es decir, la percepción del tiempo se torna interminable.

Al respecto del apoyo psicológico, tan importante para las mujeres en esta etapa, señala Carmen Moreno Rosset que

Es la fase de “espera de resultados” en la que la labor del psicólogo debe intensificarse porque la del médico desaparece por completo, dejando en muchas mujeres una sensación de abandono y desamparo, pues en la fase de estimulación ovárica han tenido que estar yendo repetidos días de todas las semanas para el control ovárico y hormonal. Son por tanto dos semanas altamente estresantes y obsesivas. (2008:156).

Pero también está la espera entre exámenes y entre ciclos de tratamientos, pasando por la imperiosa necesidad de la búsqueda de los centros que generen suficiente confianza, lo cual trae como resultado el tener que repetir todo nuevamente cada

vez que se acude a un centro de fertilidad diferente, con todas las consecuencias que ello implica. Así, la espera entre prueba y prueba hasta alcanzar un diagnóstico, la espera entre ciclo y ciclo, la espera hasta saber si el test da positivo,... puede resultar desesperante.

Entonces, no es solo que las mujeres se sientan vulnerables desde el punto de vista de su salud, a pesar de tener cuerpos sanos al inicio de estos tratamientos, sino que además, deben sortear toda una serie de obstáculos, tiempos de espera, innumerables pruebas médicas, sacrificios sin igual para poder lograr alcanzar su máspreciado anhelo, lo cual se ve agravado por la situación político-económica de nuestro país, que profundiza aún más los problemas asociados al hecho de adentrarse en el mundo de los tratamientos de fertilidad, debido a la carencia de algunos medicamentos o reactivos para realizar ciertas pruebas, lo que lleva incluso algunas veces a la necesidad de conseguirlos fuera del país, incrementando así el desgaste físico y emocional al que se someten estas mujeres en un proceso de fertilización asistida, que por sí mismo es estresante en todos los sentidos.

Afrontar un tratamiento de reproducción asistida conlleva, sin duda, pasar por diferentes estados anímicos durante todo el proceso. Los citados tratamientos son una opción mediática, cargada de promesas para las mujeres (y sus parejas) infértiles que quieren lograr su deseo de ser madres, pero es innegable que ellas pasan por momentos muy difíciles de gestionar que les llevan a sentir esa montaña rusa de emociones que ya hemos mencionado. A propósito de esto, es importante considerar lo que se refiere a las altas expectativas que crean las mujeres cuando acuden a una clínica de fertilidad en búsqueda de algún tratamiento/procedimiento reproductivo en virtud de esas promesas mediáticas.

Al respecto, un trabajo realizado por Cabrera y colaboradores (2020) demostró que las tasas de éxito anunciadas por muchas clínicas de reproducción humana asistida, son demasiado elevadas al compararlas con reportes científicos y los reportes de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA) y de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE). A veces la causa de esta falta de veracidad busca crear una atmósfera optimista en torno a las posibilidades de éxito, manipulando y enmascarando los verdaderos índices de fracaso, creando falsas expectativas que después pueden producir mayor frustración en las pacientes cuando no tienen éxito.

Ahora bien, tomando en cuenta que ciertamente una mujer vivencia un sinnúmero de emociones al transitar por tratamientos de fertilidad, sean éstas tanto positivas como negativas, es muy habitual preguntarse si estas emociones pueden influir en las tasas de éxito de la medicina reproductiva. En este sentido, la mayoría de las investigaciones en las últimas décadas sobre la interacción entre uno de los sentimientos negativos más comunes en los tratamientos, el estrés emocional, y la infertilidad, han demostrado que, aunque la infertilidad causa estrés, el estrés no necesariamente causa infertilidad, aunque sí puede alterar y disminuir las tasas de éxito en reproducción asistida. Dicho esto, parece que sí hay una relación clara entre las emociones y el porcentaje de éxito en las TRHA.

Veiga y colaboradoras señalan al respecto que

Hasta la fecha, no hay investigaciones concluyentes que determinen si el estrés emocional causa infertilidad. Uno de los factores que influye en esta divergencia se relaciona con la heterogeneidad de los criterios de operacionalización y medición del estrés. Podemos afirmar que el diagnóstico de infertilidad causa estrés, fundamentalmente por la imposibilidad de concretar el deseo de tener un hijo en el corto plazo, la incertidumbre acerca del resultado y el tiempo que conllevará lograrlo. El diagnóstico impacta de diferente manera en ambos miembros de la pareja, siendo la mujer, generalmente, la más afectada. El tratamiento

genera estrés, principalmente cuando la pareja se enfrenta a varios fracasos y debe repetir los ciclos de tratamiento. El estrés se ve agravado debido al alto costo económico y al impacto emocional que implica tener que tomar la decisión de no iniciar un nuevo procedimiento. El estrés y la infertilidad coexisten. (2013:86).

Así mismo, Zhu y colaboradores (2022), señalan que el estrés psicológico y la infertilidad pueden causarse y afectarse mutuamente formando eventualmente un círculo vicioso, por lo tanto es correcto interpretar a la persona en su totalidad, considerando que el comportamiento biológico genera consecuencias en el funcionamiento de la psiquis y todo elemento psíquico se refleja en el comportamiento biológico, por la constante interacción cuerpo-mente.

En definitiva, el impacto sobre la calidad de vida de las mujeres ante un diagnóstico de infertilidad queda evidenciado por numerosos estudios así como en las voces mismas de nuestras informantes, lo cual nos lleva a reconocer la imperiosa necesidad de que las mujeres reciban la atención adecuada por parte de los profesionales dedicados a la medicina reproductiva, de una forma integrada y a través de un trabajo multidisciplinar, e indudablemente con enfoque de género para el diseño de estrategias y políticas de atención psicológica y emocional de las mujeres que vivencian este tipo de tratamientos reproductivos.

## Un peregrinar en soledad

*La infertilidad es una experiencia de "soledad".  
Joan Bestard*

Como ya hemos venido desarrollando a lo largo del texto, culturalmente, hablar de Mujeres es sinónimo de hablar de Maternidad, por eso este trabajo pretende dar cuenta de las lógicas dominantes en las que estamos inmersos, con el fin de desnaturalizar cuestiones como éstas, pues es precisamente en esa representación social, en la que toda mujer equivale a una madre, donde subyacen los estigmas que se generan alrededor de la infertilidad femenina, provocando como ya hemos comentado, mucho desgaste tanto emocional como físico, pero sobre todo, lo convierte en un proceso que se vive con mucha soledad.

Además, y como hemos venido expresando, socialmente todavía existen muchos mitos acerca de la infertilidad. En el caso de las mujeres, se ha entendido tradicionalmente como un castigo, considerándose a estas mujeres fisiológicamente inferiores; en los hombres, se suele relacionar con falta de virilidad. De este modo, la infertilidad se convierte en un tema tabú perpetuando el mito y favoreciendo el aislamiento social y los sentimientos de soledad, no solo en las mujeres sino incluso, también en los hombres. En lo referente al aislamiento social, es común evitar reuniones con allegados por sentimientos de vergüenza e inferioridad o para evitar preguntas referidas a la maternidad/paternidad, lo que provoca además del sentimiento de soledad, la pérdida gradual de reforzadores externos para las mujeres e incluso para ambos integrantes de la pareja.

A propósito de esto, en esta subcategoría queremos desarrollar este aspecto de la sensación y sentimientos de soledad desde las voces de las mujeres al transitar los tratamientos reproductivos, específicamente en lo relativo al acompañamiento de

sus parejas, al aislamiento que de algún modo se autoimponen y al acompañamiento psicológico durante su vivencia.

Ahora bien, para adentrarnos en cómo viven las mujeres el ***acompañamiento de sus parejas***, partiremos por ahondar en el concepto de masculinidad hegemónica. Este concepto fue propuesto en los años 80 por diversos autores funcionando como un sinónimo modernizado del antiguo “machismo”, y ha tenido una influencia considerable en el pensamiento reciente sobre hombres, género y jerarquía social, pues se ha vinculado al emergente campo de estudio sobre masculinidades. (Connell y Messerschmidt, 2005; Schongut, 2012).

Este concepto se origina en primer lugar desde los estudios feministas y luego desde los estudios de género, pues aunque feminismo y estudios de género estén vinculados y relacionados, no serían sinónimos: “mientras que el feminismo planteó la necesidad de conocer a las mujeres y explicarse a sí mismas, los estudios de género se abrieron a la relación entre mujeres y hombres como objeto fundamental” (Ramírez, 2005, p. 39). Para Ramírez (2005), el paso de la perspectiva feminista a la de género permitió que la visión universal de los sexos se transformara en una diversidad de expresiones de feminidad y masculinidad, que no responden a esencialismo alguno sino a construcciones históricas, sociales y culturales. La perspectiva de género se planteó en una dimensión completamente relacional, instalándose como una categoría de análisis para las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, producidas a partir de la diferencia sexual.

Desde esta perspectiva, la masculinidad es un conjunto de prácticas que se inscribe en un sistema sexo/género culturalmente específico para la regulación de las relaciones de poder, de los roles sociales y de los cuerpos de los individuos (Ramírez,

2005; Connell y Messerschmidt, 2005). En este orden de ideas, Katzkowitz y colaboradores definen la masculinidad de la siguiente manera

La masculinidad como construcción social se define como un conjunto de prácticas, valores, atributos, funciones y conductas que se consideran “propias” del varón en una cultura y contexto determinado (...) Las masculinidades en plural refieren a la convivencia de múltiples modelos de masculinidad existentes. Alude a la socialización de género que también viven los varones. Éstas no solo varían de un momento histórico a otro, sino que además varían en intersección con otras dimensiones estructurales que dan valor y poder dentro de una sociedad, como son la pertenencia étnica-racial, la cultura, la edad y la clase social, el lugar geográfico, entre otras. La interseccionalidad es una herramienta analítica que permite estudiar, entender y responder a los modos en que estas categorías se entrecruzan con otras identidades/dimensiones y cómo estos cruces contribuyen a experiencias de opresión y privilegio. (2016: 9-10).

Los estudios de masculinidad, si bien son más recientes que los estudios sobre las mujeres, cuentan con un recorrido y una historia importante, lo que se traduce en la aparición y uso de nociones que son fundamentales para su comprensión. En este contexto, y desde que apareciera el concepto de masculinidad hegemónica, ha estado cargado de reflexiones y críticas, pues ha sido uno de los más influyentes en la concepción de una estructura jerárquica en la construcción del género. Al respecto nos refiere Nicolas Schongut que

La hegemonía masculina es la superioridad que se enmarca en la doctrina religiosa, en la ideología política o social, en el contenido de los medios de comunicación masivos, el diseño de los hogares, las políticas de bienestar de los estados, etc. La hegemonía masculina no es la superioridad lograda por la fuerza, mas sí una ascendencia lograda por la capitalización social de ciertos atributos vinculados a determinado colectivo, que permite, avala y legitima el uso de la fuerza sobre grupos e individuos que se encuentren sometidos por quienes sostienen el modelo social hegemónico (...) la masculinidad hegemónica se plantea de forma muy diferente a la noción de un rol sexual masculino específico. Mientras que el rol sexual se define dentro de determinadas características, como lo pueden ser la etnia, la heterosexualidad, la clase social, etc., la noción de masculinidad hegemónica implica una estructura social que configure y soporte los roles sexuales. (2012:47-48).

Por su parte, Luis Bonino (2002) aborda el concepto de la masculinidad hegemónica como una política de la identidad preexistente a la persona. Explica que la

masculinidad hegemónica se inscribe como un conjunto de prácticas normativas respecto a lo que define a una persona como hombre o no, y nos refiere que aún con los cambios sociales y de comportamiento, las identidades masculinas, su configuración, su continuidad y su transmisión permanecen fuertemente estables; y ello no es porque exista ninguna esencia masculina, sino porque todavía hoy existe una sola estructura predominante y legitimada como referente para la construcción de las identidades masculinas: la masculinidad social tradicional. (p. 7).

Sobre la base de esta masculinidad social tradicional, podemos decir entonces que, así como existen mitos sociales asociados a la feminidad de los cuales hemos venido haciendo mención a lo largo del texto, también existen mitos sociales asociados a la masculinidad que igualmente determinan los modos de subjetivación, de ver, pensar y actuar de los hombres en el mundo, desde que nacen hasta que mueren. Jessica Gutman (2020) señala que se considera varón hegemónico tradicional a un individuo masculino, heterosexual, cisgénero, blanco, de clase media-alta, cristiano, propietario y de países centrales (p.59), y que las premisas necesarias para la construcción de la masculinidad tradicional se sustentan en cuatro modos de subjetivación, que están fuertemente arraigados en el imaginario colectivo: supresión de las emociones (“los hombres no lloran”), la violencia como eje constitutivo del ser varón (dureza, dominio y poder), exacerbación de lo erótico (desmedido deseo sexual) y manifestación de su virilidad (vigor, fuerza física, energía, valor, entereza, provisión).

Por su parte, Elisabeth Badinter (1994) refiere que la masculinidad hegemónica se define por la negativa, es decir: no ser niño, no ser mujer y no ser homosexual. Esto genera un ideal de autosuficiencia para lo cual es necesario un posicionamiento social y subjetivo de dominio y de control. También plantea que la masculinidad es secundaria, puesto que se construye a partir de los esfuerzos por diferenciarse de la

madre, quien se ofrece como identificación primaria. Este proceso de desidentificación tiene como resultado el rechazo y la negación de lo femenino y, si se considera que lo femenino es pasivo, también se rechazan y niegan estas tendencias porque no coinciden con lo que culturalmente se espera de lo determinado como masculino. Es por esto que Badinter denomina a la masculinidad hegemónica como amputada: amputada de lo femenino.

En atención a lo expuesto, podemos decir que en general, la vida de los hombres y su rol social se ha estructurado ligada al ámbito público y a partir de valores vinculados a la condición de ser sostenedores económicos de la familia (Bonino, 2002; Burín, 2012; Gutman, 2020). Asimismo, los mandatos de masculinidad asociados a la potencia, la virilidad y el rol de proveedor han invisibilizado la problemática del deseo de hijo/a en los hombres y su vivencia en los procesos reproductivos, en la medida en que esto ha sido pensado y conceptualizado casi con exclusividad en y desde las mujeres (Lima y Francescutti, 2021). Aunque la sociedad en torno a la temática reproductiva ha evolucionado y sigue evolucionando en diversos ámbitos, no puede negarse el hecho que sigue existiendo el estereotipo de las mujeres, quienes cargan con el embarazo y el de los hombres, quienes está ahí, casi inertes, solo para proveerles y apoyarlas.

Como ya hemos venido exponiendo, cada ciclo de reproducción asistida, dependiendo del tratamiento que se trate, lleva implícito un costo físico y emocional muy importante para las mujeres, por ello, el apoyo y participación activa de las parejas es crucial. El acompañamiento y acercamiento a las mujeres hacen que ellas no se sientan solas ante todos los procedimientos por los cuales deben pasar. Aunque sean ellas quienes reciben la medicación/tratamientos físicamente (sean ellas o no quienes tengan el diagnóstico clínico de infertilidad, siempre serán sus cuerpos los que reciban todo el impacto de las TRHA) conceptualmente, es un

tratamiento de las parejas. Por ello, es importante que los hombres formen parte del proceso en todos los sentidos (tanto a la hora de preparar y administrar la medicación como en el momento de acompañarlas a las consultas, procedimientos y pruebas necesarias).

A continuación presentaremos algunos de los discursos de las mujeres informantes, en los cuales se esboza cual fue la actitud de sus parejas en cuanto al acompañamiento durante todo el proceso que cada una tuvo que vivir:

Informante N° 1: *“(...) pero eso sí note yo, que ya con el primer fracaso y el segundo fracaso, en esta tercera oportunidad ya mi esposo estuvo más como a la defensiva, más a la defensiva porque ya había el previo de un primer y segundo fracaso, y ya él se sentía no con muchas ganas de acompañar, ya no tenía mucha paciencia para esperar, para todo eso, para asistir a tantos procedimientos, entonces ya en este tercero el sí estuvo un poquito más apartado y por lo visto no tenía tampoco mucha esperanza de que el resultado fuera el que esperábamos (...) en este centro si de verdad recibí mucha ayuda, pero fue a medias, fue a medias porque en esta oportunidad mi esposo no quiso colaborar mucho y él no quiso asistir, y entonces fue únicamente para mí, este bueno, desde el punto de vista emocional fue duro, porque no estaba en mi casa, porque no tenía la atención como yo esperaba, no sé si como me imagino que todas las mujeres esperan, y de verdad aparte de eso, eso fue creando como una brecha entre ambos como pareja.”*

Informante N° 2: *“(...) mi esposo pues en su momento, fue un apoyo para todo el proceso (...) yo creo que el proceso no lo vive una sola parte, yo creo que claro hay un compromiso (...) me recuerdo que era tanto, que él me tenía que hacer todo en la cama, todo, todo; cuando pasé por el cerclaje, no me podía mover para nada, entonces eso implicaba todo en cama, y quien hacía todas esas cosas era mi esposo, o sea de atenderme en cama, en cama todo, todo, todo, todo. Como te digo no es de una sola parte, son de dos partes y él asumió su compromiso conmigo ahí (...) no digo que en nuestro andar pues, si tuvimos problemas matrimoniales, no te voy a decir que no, fueron problemas muy duros, es tanto que en una época una persona se le acercó, verdad, ofreciéndole sus servicios para que fuese padre...”*

Informante N° 3: *“(...) y bueno pues si había, por lo menos de mi esposo, tu sabes que los hombres son más reacios a este tipo de cosas (...) siempre me acompañó, casi que obligadito pero fue (...) y en todo el embarazo pues el siempre quedó con su duda, bueno, hasta un momento, hasta cierto momento del embarazo, porque el decía que si cambian la muestra, que es una posibilidad que puede pasar verdad, si cambian la*

*muestra, si cambian la muestra (...) pero o sea, ahí no había para donde equivocarse, en ningún momento, porque ahí no había otra muestra, ni más muestras, pero el decía que existía la posibilidad; hasta que hubo un momento que le dije, bueno no será tuyo mijo, pero será mio porque está dentro de mi.”*

*Informante N° 4: “(...) Al principio creo que él estaba como con su lucha interna machista, este, de que hasta donde podían, sabes, como que, él decía bueno si me tengo que operar me opero, no sé qué, pero ya después cuando si se dio cuenta de que era más frecuente y no sé qué, a veces como que le daba fastidio, otra vez, otro examen, no sé qué, tengo que volver a ir hoy, no sé qué más, pero ya después se quedaba callado y me acompañaba (...) en todo el proceso me acompañó, en todo...”*

*Informante N° 5: “(...) hubo momentos muy complicados, sí, yo creo que hubo un momento que de hecho decidimos ese año no hacer ningún procedimiento (...) es un tema de que, sobre todo a los hombres y mi esposo que le encanta, que es súper amigüero, le gusta salir, era la época de fiestas en todas partes, entonces era ir a una fiesta y no poder tomarse un trago, entonces la presión de los amigos, «¡pero tomate uno!», «¡pero ay, pero no sé qué!», y bueno, también claro, yo por dentro pienso que el diría bueno también es mi culpa, es una forma de rechazo (...) sin embargo luego volvimos otra vez, pero si, a él en algún momento le costó, de hecho me decía, si no tenemos hijos no importa.”*

*Informante N° 6: “yo recibí la noticia, para la noticia había que ir, no tenía que ser por teléfono sino que había que ir para allá, yo estaba sola; en algunos de los procesos yo estuve sola, porque mi ex trabajaba fuera de Valencia y el no estaba, tu sabes, y entonces, también es un proceso que yo pasé sola (...) no conté con nadie más, porque mi mamá no está aquí en Valencia tampoco (...) yo lo afronté sola, si, y bueno tendríamos alguna discusión, bueno no lo recuerdo bien, claro, ese no fue el motivo del divorcio o la separación de nosotros, eso no, ahorita yo comprendo que no, pero ¿qué dejó alguna mellita?, si, algo había, porque bueno, en algún momento tu puedes decir, «¡que tu no echaste el todo por el todo y yo si le eche el todo por el todo!», entonces es posible que eso también haya hecho mella, bueno porque vienen algunos reclamos (...) mi pareja, lo veía era por «¿y si nos meten, y si me meten un muchacho?», «¿si se equivoca esa gente?», ves por donde, «¿y si esa gente se equivoca de cosa?», o sea de muestra, «si se equivocaron de espermatozoide y me metieron un muchacho que no es mio, o hicieron otra cosa».”*

Los relatos de las mujeres nos hablan de los temores, dudas, rechazo y hastío que en algún momento manifestaron sus parejas masculinas a la hora de transitar junto a ellas todo lo que implicó llevar adelante sus respectivos tratamientos de fertilización

asistida (consultas médicas y realización de distintos tipos de exámenes, administración de tratamientos farmacológicos y hormonales, entre otros). Aunque hubo un acompañamiento, este no fue constante ni permanente, fue más obligatorio que voluntario, y en algunos casos ni siquiera hubo tal acompañamiento, evidenciándose el dilema de las parejas al participar. Entienden la situación y la viven junto a ellas, pero desde afuera, no se involucran del mismo modo, se cansan más rápido de todo el proceso e incluso algunos llegan a pensar en desistir. Algunos manifiestan un fuerte temor ante la posibilidad de un error o confusión en las muestras a la hora de realizar las distintas técnicas reproductivas y que el/la hijo/a no sea suyo/a. Sus reacciones pueden ser explicadas como un producto de la influencia de la construcción socio-simbólica de la masculinidad hegemónica asociada a la paternidad, que prevalece en nuestra sociedad.

A propósito de lo que se devela del discurso de nuestras informantes, un estudio similar realizado por Lima y Francescutti (2021) señala que el rol que se adjudican los hombres en los procesos de tratamientos reproductivos es el de acompañante, y que aunque entienden que es un proceso en conjunto con sus parejas, predominan en sus relatos las funciones de acompañar, apoyar, bancar, sostener. Asumen que su rol es secundario, que las que ponen el cuerpo y son protagonistas son ellas, lo cual refuerza el rol que asumen y, al mismo tiempo, los hace sentir impotentes o menos partícipes, destacando además el cansancio y la frustración durante el proceso.

Así mismo, Rujas y colaboradoras (2021) en otro estudio consistente con el nuestro, destacan que los hombres que no tuvieron prejuicios sobre la infertilidad masculina acompañaron activamente a sus mujeres en la búsqueda de un diagnóstico y que cuando la pareja fue partícipe en la búsqueda del diagnóstico, evitó la culpabilización de las mujeres y fomentó el apoyo mutuo. Sin embargo, cuando los hombres sintieron amenazada su virilidad, acompañaron a las mujeres en esta

búsqueda con una actitud pasiva e incluso se negaron a sí mismos la posibilidad de tener ellos el problema, de manera que consideraron inútil realizarse pruebas diagnósticas, lo que incrementó los sentimientos de culpa en las mujeres y las afianzó en la idea de ser ellas las causantes del problema. Estas autoras encontraron además que las parejas que, tras recibir el diagnóstico, tuvieron apoyo mutuo promovieron la unión de la pareja y facilitaron el proceso de adaptación, mientras que otras parejas sintieron discrepancias debido a que afrontaron el diagnóstico de manera diferente; las mujeres tendieron a desarrollar estrategias de afrontamiento centradas en la resolución del problema, buscando apoyo e información, pero los hombres, tendieron a aislarse y evitaron hablar del problema, lo que hizo que las mujeres buscasen apoyo en otras personas.

Analizando la actitud de las parejas de nuestras informantes, podemos abordarlo desde lo que ha sido ampliamente estudiado desde las ciencias sociales y antropológicas. Han sido muchos los autores (Badinter, 1993; Bourdieu, 2000; Bonino, 2002; Ramírez, 2005; Connell y Messerschmidt, 2005) quienes han estudiado la constitución de diferentes manifestaciones de la masculinidad en contextos y momentos históricos diferentes, llamando a esas manifestaciones «masculinidades», aludiendo a su importancia en tanto diversidades de un único modelo predominante de masculinidad. Algunos de ellos enfatizan que esas masculinidades tienen entre sí relaciones jerárquicas, habiendo una forma hegemónica cambiante según épocas y lugares, pero que ha mantenido estables sus elementos básicos. De esta forma, la masculinidad tradicional, llamada más exactamente masculinidad hegemónica, no es solo una manifestación predominante, sino que como tal queda definida como modelo social hegemónico que impone un modo particular de configuración de la subjetividad, la corporalidad y la posición existencial del común de los hombres; sin embargo, también coexisten otras formas de masculinidad, tales como las llamadas “masculinidades subalternas”

(Katzkowicz y col., 2016) o las masculinidades emergentes o transicionales (Lima y Francescutti, 2021) que son parte del legado de la masculinidad hegemónica.

Así, el poder configurador de la masculinidad hegemónica se hace evidente en la vida de los hombres contemporáneos no tanto en su discurso, sino en sus prácticas; no tanto en sus comportamientos aislados sino en su posición existencial, modo de estar e incapacidad para el cambio en lo cotidiano; no tanto en sus momentos estables, sino en las situaciones críticas; en su identidad representacional (imagen de sí) pero especialmente en la funcional (lo que hacen). Desde la perspectiva de los estudios de género, no queda duda de que es una categoría social, una organización más o menos coherente de significados y normas que sintetiza una serie de discursos sociales que pretenden definir el término masculino del género. Es un producto del doble paradigma histórico-socio-cultural pero naturalizado, de la superioridad masculina y de la heterosexualidad.

Como hemos venido esbozando, en el caso de los hombres, las exigencias sociales se dan, sobre todo, en el cumplimiento de proveedores de la familia, para lo cual necesitan de la conformación de ésta para jugar su rol. En otro sentido, pero que va de la mano con lo anterior, está la demanda de su reproducción, pues en la sociedad occidental una manera de “medir” la virilidad de los hombres es por medio de la descendencia, de lograr el/la hijo/a propio/a, de modo que ante la imposibilidad de lograrlo, los coloque en una posición también vulnerable, ya que sin descendencia no se da la conformación de una familia propia, y por ende, tampoco demuestran su capacidad reproductiva (Parrini, 2000), es decir, que al igual que las mujeres infértiles no responden a las reglas culturales. Esto implica entonces que, ambos géneros rompen con la exigencia de la reproducción social.

De allí que, tanto la masculinidad como la virilidad sean constructos que pueden estudiarse desde diferentes niveles de integración en lo biológico, psíquico y sociocultural. En este último nivel (el sociocultural) es donde interviene el concepto de estereotipo (tal como aludimos en relación con las mujeres) que concentra las expectativas culturales del medio y rige ciertos mandatos sociales, por lo que, no cumplir con el estereotipo que dice que el varón debe autoafirmarse y ser fértil o tener descendencia, significa el cuestionamiento de su propia identidad en su aspecto generativo. En los varones, cuando aparecen dificultades en su capacidad para procrear (cuando son ellos quienes tienen el diagnóstico de infertilidad) o cuando ven imposibilitada su generación de descendencia (cuando son las mujeres quienes tienen tal diagnóstico) tambalean sus sentimientos de virilidad, despertando en ellos una sensación de vergüenza y de impotencia psíquica. (Olavarría, 2021).

Ahora bien, como ya hemos venido comentando, el tema de la procreación en la sociedad occidental desde el enfoque de género está más encauzado a las mujeres, el cual se simboliza con el embarazo, parto, y culmina con el rol de la maternidad; mientras que para los hombres, la reproducción humana se relaciona más con la descendencia, simbolizada sobre todo en la continuidad del apellido (Bestard y col., 2003). Por tanto, en ambos géneros ciertamente la reproducción social ha sido y sigue presente como una de las metas “obligatorias” en la vida de los seres humanos, ya que se convierte en una regla social que toda persona debe de cubrir para ser “bien visto” y porque finalmente a través de la reproducción biológica, permiten la perpetuación de la especie humana.

En este sentido, vale la pena considerar en esta discusión la relación entre masculinidad, paternidad y parentesco. Parrini (2000) sostiene que la paternidad puede ser entendida contextualizando su función en el sistema de parentesco de

una sociedad determinada y en su ordenamiento familiar, siendo señalado por algunos antropólogos como el lazo creador de la cultura (p. 71). Además, la paternidad no es, fundamentalmente, un asunto de padres reales, de presencias o ausencias paternas, sino que es una función en el sistema de parentesco y en el sistema sexo-género, lo que remite al orden del sentido y la significación; "es en el sentido que adquiere para un hombre el hecho de ser reconocido como padre de un niño, en el sentido que tiene su paternidad y en el sentido que tuvo ese hombre para un niño, donde se sitúa la función paterna" (Tubert, 1997).

Así como las relaciones de género son relaciones de poder, la paternidad y su espectro vincular conforma también relaciones de poder: el padre es ante todo el garante de la filiación y otorga un lugar social a la persona. Constatamos, entonces, una imbricación entre masculinidad y paternidad, donde ambas se retroalimentan y se determinan. Es así como podemos escrutar el modelo hegemónico de masculinidad como un modelo que se ordena en torno a la función paterna y de allí que desde la subjetividad masculina y lo que subyace en torno a los procedimientos de fertilización asistida, emerjan los temores manifestados por las parejas de nuestras informantes, en cuanto a la posibilidad de que pudiesen haber confusiones en la manipulación de sus muestras de semen, con la consecuente posibilidad de que el/la hijo/a que se engendre, no sea propio/a.

Al respecto, Bestard y colaboradores señalan que

En realidad lo que da sentido a las técnicas de reproducción asistida es la posibilidad de tener "hijos propios", es decir, la constitución de un vínculo de parentesco. Las técnicas de reproducción asistida en la medida en que ayudan a la "naturaleza", ayudan a las relaciones de parentesco, una relación social significativa en un contexto dado (una familia, un lugar, una identidad, etc.) que se va reproduciendo a través del tiempo. (2003:76)

Por otra parte, es necesario considerar que para un hombre que tiene dificultades para concretar su paternidad anhelada, contar con el auxilio de la medicina reproductiva puede permitirle confirmar su virilidad, afirmando así su identidad masculina. Sin embargo, es incuestionable que el hecho de vivir junto a sus parejas todo lo que implican las TRHA y más cuando se analiza desde la construcción socio-cultural de su masculinidad, causa cierto rechazo en ellos, pues aun cuando cumplan y completen los tratamientos junto a sus parejas (puesto que las evaluaciones médicas para obtener el diagnóstico implica a ambos integrantes de la pareja) no es el mismo nivel de compromiso en virtud de la configuración biológica de los cuerpos femeninos y masculinos.

Algunos de los estudios clínicos, para el caso de los hombres, se basan en la extracción de sangre a través de una jeringa siendo pues el proceso común para conocer una cantidad de parámetros bioquímicos que influyen en la reproducción (hormonas, entre otros). Asimismo, se les solicitan espermogramas o espermotobioscopias para valorar la viabilidad de una posible fecundación, con el propósito de conocer la cantidad y calidad del espermatozoides a través de una muestra de éste; así como también se pueden solicitar la realización de pruebas genómicas especiales a los espermatozoides obtenidos a través de la muestra de semen, con el fin de evaluar daño en el ADN espermático o aneuploidías (Portella y Sepúlveda, 2011). Para el proceso de la obtención de la muestra de semen los hombres tienen que acudir al centro de fertilidad, en el cual se les indican los pasos a seguir para conseguir la muestra. Posteriormente, los ubican en un cuarto privado para que de manera personal y mediante masturbación, logren obtener su semen, en un recipiente que cumple con ciertas condiciones para la preservación de la muestra, el cual es previamente suministrado. Pero, ¿qué implica para los hombres obtener la muestra de semen?

El ritual para obtener la muestra de semen se convierte en un reto para ellos, ya que los coloca en una situación vulnerable por el hecho de las implicaciones culturales que se le han atribuido a la práctica de la masturbación, lo cual está relacionado evidentemente con la prohibición religiosamente cultural del contacto con ciertas partes del cuerpo (genitales), es decir, con lo inapropiado, con el tabú. Además, el proceso de obtención de la muestra de semen, pone a los hombres en la mira de los otros (médicos, enfermeras, y otros pacientes) siendo pues un ritual incomodo, pero indudablemente necesario para poder lograr su objetivo (Ramos-Brieva y col., 2016).

Al respecto, vale la pena considerar los hallazgos de un estudio realizado por Ramos-Brieva y colaboradores (2017) en el cual participaron 240 hombres que debían obtener muestras de semen para su evaluación, encontrando que el 80% de los hombres se sintieron intimidados ante la prescripción del espermograma, el 56% sintió vergüenza cuando personal femenino les guio a la sala de muestras; el 31% expresó malestar por tener que masturbarse, 55% tuvo dificultades con la erección, el 67% actuó automáticamente para terminar cuanto antes, al 63% les desconcentró estar pendientes de eyacular todo, dentro del envase recolector y 92% sintió vergüenza por tener que masturbarse en público. Ellos opinaron que a nadie le interesa el impacto psicológico ocasionado por el procedimiento, y que ni el entorno social, ni las condiciones de recolección les favorecen durante el procedimiento.

Además, está también el hecho de lo que representa obtener la muestra de semen para los hombres, desde el punto de vista de su virilidad, pues como señala Antonella Fagetti (2006), "el esperma representa la naturaleza del hombre, y si éste no se encuentra en óptimas condiciones, la pareja infértil sabe perfectamente que las posibilidades de reproducción son bajas o, si dicha "semilla" masculina no existe, entonces el evento es "nulo". Dicho esto podemos alegar que el líquido seminal

recrea un símbolo en los hombres, un símbolo de virilidad, de hombría y de que se tiene la capacidad de embarazar”.

Para la evaluación de la fertilidad en los hombres también existen otros estudios, en los cuales es necesario que el personal médico haga un tacto en las zonas erógenas del paciente; por ejemplo cuando se realiza un ultrasonido de testículos, que comúnmente va de la mano con una exploración de la zona tratada. Sin embargo, todos estos procedimientos descritos, son mínimamente invasivos, ninguno de ellos implica realmente riesgos o dolor físico para los hombres, ni el mismo nivel de compromiso de una mujer ante los tratamientos de fertilidad, ya que sólo las mujeres pueden albergar el/la hijo/a en su vientre y por ello los estudios que se realizan, las sustancias que deben consumir y las técnicas a las que se someten son evidentemente más complejas. Sin embargo, la resistencia de los hombres a pasar por estos procesos es una situación que por lo general está presente, tal como se evidencia en el discurso de nuestras informantes.

Así, y de acuerdo a lo que hemos venido desarrollando a lo largo de este trabajo, se puede observar las diferencias genéricas de la invasión física al cuerpo de las mujeres y de los hombres durante los estudios o tratamientos, colocando a las mujeres en una posición más vulnerable frente a los hombres, pues en ellas recae sobre todo, lo referente al sufrimiento físico. Al respecto de lo que hemos venido comentando, María Eugenia Olavarría nos señala que

Estudios centrados en la perspectiva de género, en el marco de la reproducción humana médicamente asistida, exploran el sentido diferencial en el que los cuerpos femeninos y masculinos participan. Ya sea desde el punto de la incidencia de los tratamientos y de lo invasivo que pueden resultar para las mujeres, a diferencia de los hombres, estos estudios conforman la noción de asimetría duogenética reproductiva propuesta por Strathern (1992). Esta noción alude a la representación del parentesco euroamericano en la que el padre y la madre contribuyen genéticamente en la formación del niño a través del espermatozoides y del óvulo, pero —en forma desigual— en la medida en que la madre aporta un elemento más: la gestación. Una vez obtenida la gravidez, el proceso

ocurre exclusivamente en el útero, con independencia de la participación paterna. La asimetría funcional fisiológica de los cuerpos, en la procreación, no tiene otra razón que la cultural, que determina automáticamente una asimetría absoluta de las responsabilidades y de los compromisos (...) la infertilidad afecta diferencialmente la construcción de las masculinidades y de las feminidades. De esta manera, la infertilidad masculina se asocia a la falta de virilidad y la impotencia sexual, mientras que para las mujeres la infertilidad les impide cumplir «su vocación femenina natural de ser madre». Para ambos géneros, la infertilidad coloca a los cuerpos diagnosticados en la escala más baja de la «jerarquía de lo masculino/femenino». (2021: 117).

Pero también, es interesante hacer mención de la visión que tienen los hombres con respecto a “los sacrificios” que implica para ellos incorporar cambios en sus estilos de vida como parte de los tratamientos de fertilidad. Cuando una pareja decide iniciar el camino de la fertilización asistida, debe incorporar una serie de cambios en sus hábitos y estilos de vida (dejar de consumir alcohol y cigarrillo, mejorar los hábitos dietéticos y de sueño, incorporar actividad física frecuente, entre otros), que no siempre son bien recibidos o aceptados por los hombres. Muchos hombres se rehúsan o incumplen estas orientaciones por los compromisos propios del entorno social y por el papel que deben representar desde lo que hemos venido desarrollado: su construcción social de masculinidad; todo lo cual origina fricciones en la dinámica de las parejas bajo este tipo de tratamiento, tal como fue comentado por algunas de nuestras informantes.

Ahora bien, más allá de lo que hemos venido argumentando, hay que considerar que, en ambos géneros se presentan sentimientos al momento de los estudios o tratamientos, paralelamente con las percepciones vividas ante su condición. Para ambos, la infertilidad representa un dolor simbólico que conlleva la imposibilidad de la procreación, esto es, dicho padecimiento hace que las personas encaren las complicaciones biofisiológicas desde el sistema de las representaciones culturales de lo que significa no poder lograr descendencia. Lo anterior no es exclusivo de las mujeres, pues para la pareja la infecundidad los coloca infértiles a ambos,

independientemente de quien tenga el diagnóstico médico, esto es, la vivencia de la pareja infértil se instala en el hecho de no tener hijos/as propios/as, hijos/as producto de su relación; por lo que podríamos decir que no perciben la infertilidad como un “problema” individual que recae en quien padece el diagnóstico médico, sino como un problema en común.

Así, para un hombre, acompañar a la mujer en un tratamiento de reproducción asistida puede suponer en algunos casos un reto emocional, pues tiene que observar y sobrellevar que su pareja se someta a un tratamiento médico invasivo sin que él pueda contribuir en nada. El reto es más difícil cuando es al hombre a quien se le ha diagnosticado un problema de fertilidad. De allí que, habría que considerar si la falta de participación activa o incluso la falta de interés en las consultas periódicas y en los tratamientos de las mujeres, así como un rol masculino pasivo solo posicionándose como proveedor y soporte, dificultan el poder ahondar en el vínculo particular que los hombres tienen con ese anhelo o deseo de hijo/a y el lugar que el mismo ocupa en su trayectoria vital, lo cual sería objeto de otro trabajo de investigación.

En este sentido, Rodríguez, Pérez y Salguero hacen un análisis sobre el deseo de paternidad señalando que

Generalmente, el desear tener hijos suele entenderse como algo natural, como parte del ciclo vital y, por ello, es algo que se asocia comúnmente a la mujer. Esto impide u obstaculiza entender cómo se construye el deseo de tener hijos en los hombres; tal vez la falta de profundidad en el tema se deba, en cierta medida, a que el papel del hombre en relación con el deseo o la toma de decisión para procrear un hijo suele entenderse como parte de un papel secundario que juega en relación con la decisión que tome la mujer. Es necesario legitimar socialmente la referencia a los varones como seres que se reproducen, y no únicamente como acompañantes de las historias reproductivas de sus parejas, ya que el varón desea y toma decisiones junto con su pareja, aun si su decisión consiste en secundar o dejarle la iniciativa a ella, y es a través de este proceso que llega a concretar su deseo de ser padre. (2010: 114).

Todos los aspectos considerados, nos hacen reflexionar sobre la importancia de seguir incorporando cambios en cuanto a la concepción de la masculinidad, reuniendo información que permita trabajar más en la construcción de nuevas masculinidades, haciendo investigaciones con perspectiva de género desde las voces de los mismos hombres que también experimentan esta vivencia, ya que ello podría contribuir a que, tratándose del tema que desarrollamos, los hombres se involucren de una manera más activa en los tratamientos reproductivos, y que vayan más allá de un simple estar (o incluso no estar) de forma pasiva acompañando a las mujeres, pues solo de esta manera y cuando realmente sea necesario, al vivir la experiencia entre los dos, se podrán superar los sentimientos de soledad en las mujeres (y también en los hombres) al vivir en sus cuerpos y en sus mentes, todos los procesos asociados a dichos tratamientos.

Por otra parte, y con respecto a los sentimientos de soledad que se experimentan al vivir esta experiencia de la fertilización asistida, a los cuales hemos venido haciendo mención, queremos desarrollar también el ***aislamiento que se autoimponen*** las mujeres al mantener en secreto la imposibilidad de tener un/a hijo/a, ya sea en el entorno familiar, de amigos y/o laboral, y que es aún más ocultado el proceso de búsqueda como tal de un embarazo haciendo uso de tecnologías reproductivas, y tal vez sólo es compartido con aquellas parejas que se encuentran en la misma “dificultad” y que acuden a los mismos centros de fertilidad o con los familiares más cercanos. Dicha reserva nos lleva a reflexionar acerca de las distintas afectaciones ligadas a la imposibilidad de lograr el embarazo y los efectos subjetivos del uso de las técnicas de reproducción asistida en las mujeres.

Al respecto, Bestard y colaboradores señalan que

Dado que la reproducción es una cuestión relacionada con la identidad, las mujeres muestran una necesidad de proteger sus fronteras personales ante la infertilidad y sus tratamientos. Ello se muestra ante la elección de las personas a quienes les explican su situación. Como siempre hay el

temor a no ser comprendida, la elección tiene que ser muy precisa y el círculo de personas que conocen su infertilidad es muy restringido. En principio, se evita compartir la experiencia. (2003:91).

Para estos autores, la comunicación con los otros siempre tiene el riesgo de que una excesiva atención por parte de quienes conocen la situación aumente la tensión con que muchas mujeres viven los resultados inciertos del tratamiento. Hay, por otra parte, una ambigüedad ante la posibilidad de compartir la experiencia con otras mujeres o parejas que también siguen algún tipo de tratamiento de reproducción asistida. El sentimiento de soledad ante la infertilidad empieza a ser compartido, cuando se inician los tratamientos. La comunicación con otras mujeres infértiles sirve para superar las demandas tanto físicas como psíquicas de los tratamientos. (p. 92).

A continuación mostraremos algunos discursos de nuestras informantes en relación con su necesidad de ocultar su vivencia de reproducción asistida a su entorno familiar, de amigos o laboral:

Informante N° 1: *“Mira, en el primer procedimiento, okey, o sea, mi grupo familiar estaba informado verdad, de que me iba a hacer el procedimiento, todos con mucha expectativa, todos muy pendientes, mi esposo igual, verdad. En la segunda vivencia, no lo conté porque dije bueno si en el primer procedimiento de repente falló, también yo ¡ay!, a todo el mundo, mira, este día, aquel día, y eso, entonces dije voy a reservármelo. Entonces ellos no estuvieron tan informados sino al momento que me surgió la complicación, que ahí todos, bueno, se enteraron”.*

Informante N° 2: *“(…) en cuanto a la familia, te puedo decir mi mamá y mi papá siempre fueron firmes en el apoyo, pero sin preguntar, mi mamá y mi papá en eso fueron muy discretos”.*

Informante N° 3: *“(…) yo no le dije a nadie, ni siquiera a mi mamá, que mi mamá pues si bien quería que yo saliera embarazada, pues no le dije en lo absoluto, porque en realidad no sé, esa fue una decisión mía, no le vamos a decir nada a nadie, solamente lo sabe la doctora y nosotros dos. Después que ya yo pasé el tercer mes, casi los 3 meses, cuando ya casi que ha pasado la mayor cantidad de peligro, verdad, porque después de los 3 meses ya como que el muchacho está más asentado,*

*entonces sí, bueno, vamos a decirle a mi mamá y a tu mamá, que ya estamos embarazados”.*

Informante N° 4: *“Ese día que me dijeron que no iba a poder, con mis óvulos, ese momento fue muy duro, y de hecho yo no se lo comenté a nadie porque yo decía no, y mi esposo tampoco”.*

Informante N° 5: *“(…) nosotros decidimos no hacerlo público, tal vez unos dicen, bueno pero es que ustedes no decían nada, pero ya era suficiente, esa, lo que llamas la betaespera, de que te hacen el procedimiento y tienes que esperar a hacerte la prueba para ver si era positiva o negativa, era suficiente presión interna como para tener a 20 personas detrás «¿y cómo estás?, ¿y ya te dio?, ¿y te vino?, ¿y no te vino?, y ay, o sea, y ¿vas a ir?, y ¿no vas?». Por supuesto, muchos se lo imaginaban, nadie decía, solo los imprudentes te podían hacer comentarios imprudentes, pero nosotros nuncadijimos mira me estoy haciendo una inseminación, esta es la segunda, esta es la cuarta, este el quinto in vitro, no, nadie supo”.*

Informante N° 6: *“yo decidí no comentarlo con nadie, porque es que las cosas que me podían decir, me podían influir; las otras, mis amigas, las que saben de biología, las que pueden tener su opinión y ¿entiendes?, entonces no quería que me influyera ninguna opinión de esas, cuando yo despues lo dije, lo dije.”*

Los discursos de nuestras informantes revelan la necesidad de no hacer pública su situación, ya que en muchas ocasiones el apoyo social puede adquirir efectos negativos, cuando las personas próximas se convierten en lo que en la literatura se define como “estresores sociales”. Tal como nos refieren Moreno y Guerra,

Las personas infértiles suelen mantener en muchas ocasiones en secreto su problema y el tratamiento, lo que les priva generalmente de apoyo social genuino por parte de su entorno, este desconocimiento hace que muchas veces la pareja se vea sometida a la presión social desde los tópicos de reproducción: “¿el niño para cuándo?”, “¿cuándo voy a ser abuela?”, etc. Las parejas infértiles suelen reunir a sus amigos y familiares donde se ha producido un embarazo o hay niños pequeños, lo que les priva de fuentes de gratificación social que antes disponían. Por el contrario, muchas veces cuando el problema es conocido por el entorno éste se vuelve en un estresor adicional al preguntar por ejemplo cada mes si se consiguió el embarazo. (2007:15).

Como hemos venido esbozando, cuando las mujeres (y/o sus parejas) tiene problemas para concebir, su proyecto de vida se ve alterado, generando frustración

y estrés; de allí que hablar acerca de la infertilidad o de los tratamientos de reproducción asistida supone un gran dilema. Por una parte, para algunas mujeres puede ser un alivio hablar sobre el proceso por el que están pasando, ya que compartir sus sentimientos con familiares y/o amigos/as les ayuda a desahogarse y a superar la situación; pero por otra parte, algunas veces las mujeres prefieren no comentar algo tan privado como que están acudiendo a una clínica de fertilidad. Al respecto, Moreno y Guerra agregan que

La persona infértil, suele tener dificultades para explicar en su entorno sus problemas reproductivos, dado que aún existen muchos mitos y tabúes relativos a la infertilidad. En muchas ocasiones, las parejas estériles expresan su pesar ante el desconocimiento que la sociedad tiene de este problema, siendo ellos los primeros que no desean manifestarse públicamente sobre algo tan íntimo y que consideran podría tener consecuencias sociales o psicológicas sobre la posible futura descendencia. (2007:12).

Una de las ventajas que podría tener para las mujeres el hablar con alguien cercano sobre sus problemas de fertilidad y que han acudido a las técnicas de reproducción asistida, es que generalmente, ellas obtendrán un apoyo emocional importante, por lo que no será necesario ocultar los distintos estados de ánimo por los que pasen durante todo el tratamiento; además, pueden contar con alguien que las acompañe a transitar esos momentos difíciles, que pueden ser duros y complicados de enfrentar en soledad. Sin embargo, hablar de esta vivencia también tiene sus desventajas, ya que se podrían recibir comentarios u opiniones que aun cuando probablemente no tengan mala intención, indudablemente no les harán sentir bien, dada toda la carga social y cultural que tienen como mujeres, tal como hemos venido delineando a lo largo del texto; además, puede ocurrir que los familiares y/o amigos/as quieran estar informados constantemente y realicen preguntas innecesarias o incómodas, lo que puede terminar agobiándolas y añadiendo estrés, sin olvidar que probablemente será necesario explicar varias veces lo mismo, cuando esto es lo que ellas menos desean.

Todo lo que hemos venido comentando en relación a los sentimientos de soledad que experimentan las mujeres al transitar su vivencia durante los procedimientos de fertilización asistida, aunado al aislamiento social y voluntario que de algún modo se autoimponen estas mujeres al no compartir su situación ni siquiera con los más cercanos, llevan a la necesidad de contar con **apoyo o acompañamiento psicológico** durante todo este proceso. En este sentido, es necesario tener en cuenta que, mientras en algunos centros sólo ofrecen la atención y tratamientos de fertilidad dejando a las mujeres y/o sus parejas la responsabilidad de la atención y acompañamiento psicológico, otros centros contemplan dentro de sus protocolos de atención en fertilidad, sesiones psicológicas individuales y/o grupales cuya asistencia puede ser o no obligatoria.

De allí la necesidad de abordar este tema, a fin de estructurar y sustentar cual debe ser la forma adecuada de atención a las mujeres (y a sus parejas) durante todas las etapas que incluyen los procedimientos de fertilización asistida, a fin de que sin importar a cual centro de fertilidad decidan acudir, los protocolos sean más o menos homogéneos, y así minimizar sufrimiento a las mujeres.

A continuación, presentamos algunos discursos de nuestras informantes que evidencian la poca homogeneidad del abordaje psicológico que ofrecen los centros de fertilización asistida, tanto a las mujeres como a sus parejas, a fin de afrontar y sobrellevar la carga de todo lo que conlleva adentrarse en este mundo.

Informante N° 1: “ (...) *con las primeras experiencias, yo trataba de darme mucha fortaleza y de decir «¡de esta tengo que salir!»*, a pesar de que muchos médicos en forma déspota decían «no, que tienes que buscarte un psiquiatra, un psicólogo», nunca lo quise hacer, pero en esta oportunidad [en el último procedimiento] fue parte del tratamiento, así como tú tienes que asistir al control para chequearte y ver cómo va todo, tienes que asistir obligatorio como a tres sesiones con la psicóloga, y bueno asistí, eran en pareja, pero lamentablemente tuve que asistir sola”.

Informante N° 2: *“(...) nosotros tuvimos que buscar ayuda psicológica aparte, ok, y entonces el psiquiatra pues en su momento, porque yo tampoco, yo decía yo no voy a morirme en esta, yo tengo que salir con esto adelante, y conocí a una psiquiatra, que fue excelente, en el momento más difícil para uno, ella me apoyó, me dio las herramientas para poder superar y yo cuando la conocí ya había pasado por las pérdidas y todo eso”.*

Informante N° 4: *“(...) el centro te ofrece el acompañamiento psicológico, y ellos te dicen si lo quieres o no lo quieres, realmente es voluntario. Ellos te dan 3 sesiones gratuitas con la psicólogo y 3 sesiones grupales a las que debes de asistir, que no son obligatorias pero si mandatorias como quien dice”.*

Informante N° 5: *“(...) estuvimos con una psicóloga también dentro del centro, este, era necesario también el apoyo de la psicóloga, y bueno (...) yo creo que si bien fuimos a la psicóloga, luego la atención psicológica la recibí yo, pero yo creo que él [su esposo] debió tener atención psicológica al comienzo, para manejar un poco mejor ese proceso”.*

Informante N° 6: *“Ellos [en el primer centro de fertilidad] me mandaron para una psicologa. Si, ellos tienen una psicologa ahí, ajá, no me ayudo para nada, no, no, eso no me ayudo, no. En el segundo centro no había psicologo, y ya igualito no queria pasar ya por psicologo, porque, no”.*

Como se desprende del discurso de nuestras informantes, aunque evidentemente existe la necesidad de un acompañamiento psicológico profesional durante las diferentes etapas que involucra someterse a un tratamiento de fertilidad, muchas veces este acompañamiento no es facilitado por la institución e incluso no todas nuestras informantes contaron con este acompañamiento en todos los centros de fertilidad en los cuales se realizaron sus procedimientos, notándose importantes diferencias entre un centro y otro cuando una misma informante realizó más de un procedimiento en más de un centro de fertilidad, lo cual evidencia la completa ausencia de protocolos de atención psicológica en las clínicas de fertilidad en nuestro país, en cuanto a la forma como debe llevarse el acompañamiento psicológico, lo que hace que en consecuencia el acceso a este apoyo sea ambiguo y limitado a los criterios de cada institución.

En relación a la importancia del acompañamiento psicológico en los tratamientos de fertilidad, Nora González nos refiere que

El objetivo básico de cualquier acompañamiento psicológico especializado es el de estar a la altura de las circunstancias, pudiendo ayudar a que los pacientes comprendan las opciones de tratamiento, que obtengan el adecuado apoyo emocional y puedan transitar de la mejor manera las consecuencias de la experiencia de infertilidad. El equipo médico de las TRHA posee el conocimiento científico sobre las técnicas y establece el diagnóstico y las características del caso y por ello su actitud frente al paciente es ejecutiva, es decir, activa en el ofrecimiento de las soluciones adecuadas al caso. El paciente a veces, adopta un papel más pasivo. Es el receptor de la atención médica por lo que, sus expectativas pueden chocar con la relación con el médico. El psicólogo, en estos casos, puede intervenir en la modificación de esta entrega pasiva, lo que aumentaría la sensación de control de la situación del tratamiento y habilitar una posición más participativa que permita al paciente una mejor acomodación en el momento de la toma de decisiones. (2020:78).

Así mismo, Romina Izzeddin (2011) sostiene la importancia de la inserción del psicólogo/a en el equipo de salud de los servicios de reproducción humana, ya que el diagnóstico y los tratamientos pueden desencadenar patologías psicológicas y psiquiátricas o alteraciones del estado de ánimo en muchas parejas que se someten a ello, siendo la labor de los/as psicólogos/as fundamental en todo el proceso para brindarles a los pacientes, ciertas estrategias de afrontamiento para poder transitar todo el proceso lo mejor posible, y que es necesario hacer el diagnóstico psicológico al mismo tiempo que se está realizando la valoración médica de la infertilidad.

Ahora bien, la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE por sus siglas en inglés), y el Comité Científico de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), consideran de suma importancia el enfoque psicológico de la infertilidad/esterilidad, como una entidad y un servicio importantísimo que se debe dar a los pacientes (Serrano, 2016). Así mismo, Diana Guerra (2015) sostiene que la ayuda psicológica profesional a las personas que tienen alguna dificultad para reproducirse, debiera ser ofrecida sistemáticamente en los servicios de

reproducción humana asistida, y hace esta afirmación a propósito de que en España, a pesar de que la medicina de la reproducción es una de las más avanzadas a nivel mundial, la figura del/la psicólogo/a o consejero todavía no es frecuente en los centros de fertilidad, tampoco hay ninguna ley que lo legisle ni todos los servicios lo consideran necesario.

Por su parte, Inglaterra y Australia han establecido marcos de referencia para legislar sobre la incorporación mandatoria de programas de consejería en las clínicas de infertilidad. En Estados Unidos la American Society of Reproductive Medicine ha recomendado que la consejería en infertilidad esté disponible en todos los centros que ofrecen tecnologías de reproducción asistida. En Latinoamérica el apoyo psicosocial a parejas infértiles es aún una experiencia en desarrollo, que se encuentra más o menos avanzada según el país y el centro que se tome como referencia (Domínguez, 2002).

En relación al perfil que deben tener los profesionales que acompañen a las mujeres en sus tratamientos de fertilidad, en algunos países las recomendaciones gubernamentales son las que describen quién puede actuar como apoyo psicológico o consejero/a en las clínicas de fertilidad, mientras que en otros países no hay reglamentos gubernamentales pero las sociedades profesionales que tienen guías para los profesionales médicos en las clínicas de fertilidad, también ofrecen guías sobre las calificaciones que deben tener los/as consejeros/as que trabajen en apoyo psicológico dichos centros. La revisión de la literatura pone en evidencia que no existen unos criterios acordados para los profesionales de la salud mental que trabajan con este grupo de pacientes, sin embargo, parece que por lo menos hay algunos consensos en que, los/as consejeros/as deben tener formación en salud mental y formación en aspectos médicos y psicosociales de la infertilidad (Serrano, 2016).

Desafortunadamente hasta el momento aún existe mucha controversia sobre la mejor aplicación de la intervención psicológica en los servicios de medicina reproductiva no sólo en Venezuela, sino también en muchos países, y se discute si el/la psicólogo/a debiera ser parte del equipo o no, si debiera ser un/a evaluador/a o no, y sobre quién debe pagar sus intervenciones (esto para el caso de los países que contemplan los tratamientos de fertilidad dentro de sus sistemas públicos de salud); y porque además, aun suponiendo que se legisle y autorice obligatoriamente el apoyo psicológico a parejas que se sometan a la aplicación de las técnicas de reproducción, surgen muchas interrogantes desde el punto de vista de la ética, en lo que se refiere a la evaluación previa que se sugiere hacer a las mujeres para saber si son aptas o no para acceder a los tratamientos reproductivos. Sin embargo, Gabriela Serrano sostiene que más allá de estas controversias, el apoyo psicológico es fundamental y que debería ser obligatorio, ya que

La asistencia integral de la pareja con problemas de esterilidad debe incluir el soporte psicológico desde el primer momento, pues se afirma que las parejas con dificultad en conseguir una gestación tendrán problemas emocionales. Se refiere al consejo, por parte del equipo multidisciplinario, ante las posibles dificultades sociales y emocionales que pueda presentar la persona infértil. El objetivo básico de cualquier consejo y apoyo psicológico (sea éste centrado en el paciente o de tipo profesional) es el de asegurar que los pacientes comprendan las implicaciones de sus opciones de tratamiento, reciban el suficiente apoyo emocional y puedan enfrentarse de manera saludable a las consecuencias de la experiencia de infertilidad. Se cree que un enfoque más holístico de la atención al paciente puede mejorar los resultados de salud, incrementar la satisfacción del paciente y la del equipo, reducir las reacciones psicosociales negativas y ayudar a los pacientes a aceptar sus experiencias. Por lo que se propone la obligatoriedad del tratamiento psicológico para las técnicas de reproducción humana asistida, en su aplicación y desarrollo, para que los fines individuales puedan ser perseguidos con eficacia. (2016:207).

Adicionalmente, es necesario considerar también la actitud de las mujeres y de sus parejas, frente al apoyo y acompañamiento psicológico durante los tratamientos de fertilidad, puesto que algunas veces pueden manifestar cierta reticencia, rechazo o

lo consideran poco necesario, sobre todo en el caso de los hombres, tal como se desprende del discurso de algunas de nuestras informantes. En este sentido, Rosario Domínguez (2002) ha indicado que estudios realizados en Australia y en Inglaterra muestran que, si bien las parejas en general consideran necesaria la consejería y apoyo psicológico, menos del 25% hacen uso de este tipo de servicios y se constató que los pacientes más perturbados no eran los que con más frecuencia buscaban ser ayudados.

Sobre la base de lo expuesto, consideramos de suma importancia homogeneizar o regularizar en los centros de fertilidad en Venezuela, lo que concierne al acompañamiento psicológico de las mujeres que vivencian este tipo de tratamientos, ya que dentro de la asistencia integral a las mujeres y a sus parejas se debe incluir la evaluación y el apoyo psicológico profesional, que debiera ser ofrecido sistemáticamente en todos los Servicios de Reproducción Humana Asistida en virtud del impacto que estas técnicas tienen en las pacientes que se someten a ellas; estimulando a las parejas a participar en actividades de educación y apoyo psicológico, incorporándolas como parte regular del tratamiento y enfatizando el valor de éstas durante todo el proceso; y que lo ideal sería que los protocolos de atención fuesen más o menos similares en todas las clínicas de fertilidad del país, lo cual contribuiría notablemente en el afrontamiento de los sentimientos de soledad y aislamiento que viven las mujeres (y sus parejas) que transitan esta experiencia.

## ¿Es la adopción una opción?

*Las relaciones de parentesco parten de las asociaciones de ideas culturales que provocan las técnicas de reproducción asistida: "ser padres" con la ayuda de la técnica.  
Joan Bestard*

Se define como Adopción al “acto jurídico solemne, en virtud del cual la voluntad de los particulares, con el permiso de la Ley y de la autoridad judicial, crea entre dos personas naturalmente extrañas, relaciones jurídicas análogas a las de la filiación” (Dusi, citado en Benavides, 2005) o dicho de otra forma, es el acto legal por el cual se recibe como hijo/a al/la que no lo es por naturaleza. El vocablo adoptar proviene del latín *adoptare*, que significa “desear a”, por lo que etimológicamente implica el anhelo, el deseo de poseer o poseer de algún modo, a una persona (hijo/a) como suyo/a, bajo el consentimiento y aprobación de otros (Elizondo, 2020). Para Eva Giberti (1987) adoptar quiere decir “prohijar”, se trata de un niño que previamente no ha sido hijado, ya que no fue mantenido al lado de sus progenitores como aliados de su prole, es cuidar a un niño para toda la vida ofreciendo cuidados y sostén físico, psicológico y emocional, como cimiento fundamental de un desarrollo estable y seguro, tal como regula la legislación.

En Venezuela, podemos decir que el primer Código Civil en el que se reguló la Adopción es el de 1867, con lo cual ya se tiene un tiempo considerable con esta figura en nuestro marco normativo. Posterior a esto, en Venezuela se desarrollaron otros Código Civiles que mantuvieron el esquema diseñado en ese primer Código, hasta llegar a Ley de Adopción de 1973, la cual estuvo en vigencia hasta la promulgación de la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNA) en el año 2000; luego en el año 2007 la misma fue reformada, quedando establecido en la ley, el procedimiento de adopción vigente en Venezuela. Así mismo, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 75 reconoce a la adopción como institución familiar, otorgándoles a los niños, niñas y adolescentes sus derechos y garantías.

La normativa referida a la adopción contenida en la LOPNA se corresponde con la nueva Doctrina de la Protección Integral, cuyo antecedente directo es la “Declaración Universal de los Derechos del Niño”. Hasta 1998 la entidad que se encargaba de los casos de adopción y colocación familiar en el país era el INAM (Instituto Nacional del Menor) y luego pasaba directo a tribunales. Hoy en día el que se encarga de todos los procesos de adopción y colocación familiar en Venezuela, es el IDENNA (Instituto Autónomo Consejo Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes) que está adscrito al Viceministerio para la Suprema Felicidad Social del Pueblo, que a su vez depende de la Secretaría de la Presidencia. (Benavides, 2005; Amengual y Lezama, 2017).

Sin embargo, a pesar de contar con el marco regulatorio en esta materia, la realidad es que en Venezuela iniciar trámites de adopción es un proceso complejo y extenso, que termina por extenuar y desanimar a cualquier persona que emprenda ese camino, que puede durar varios años. Por un lado las casas de abrigo están colapsadas y, por el otro, hay una larga lista de solicitudes en el IDENNA, de las cuales muy pocos procesos se concretan y los que se concretan lo hacen muy lentamente (Amengual y Lezama, 2017). Así, la existencia de un doble estándar en el discurso estatal y legal al respecto de los procesos de adopción, donde se alienta a la adopción como un acto de amor, pero sometiendo a los adoptantes a largos procesos burocráticos que son percibidos como humillantes, intrusivos y problemáticos, es lo que hace menos atractiva esta forma de filiación en nuestro país, y se prefiera optar por las tecnologías reproductivas, que de algún modo parecieran ofrecer una mayor esperanza ante la imposibilidad de tener hijos/as.

En este sentido, haremos mención de lo que señala Patricia Alkolombre (2019) cuando está presente la disyuntiva entre la adopción o el empleo de las TRHA. Esta autora nos explica que

(...) allí se abre un universo de sentidos, con múltiples interrogantes que giran en torno a los distintos caminos para ser padres. El recorrido que conduce a la adopción de un niño en una familia conlleva un trabajo psíquico que involucra a cada uno de los participantes del proceso. La adopción implica un tránsito que atraviesa a su vez varios campos, el campo individual y subjetivo -quién- , el vincular -con quién o entre quiénes- y el campo social -los otros y el cómo-, las instituciones y el marco social. La realidad es que hasta no hace mucho tiempo -unas cuatro décadas atrás- cuando una pareja se encontraba con la imposibilidad de lograr un embarazo tenía dos caminos a seguir, comenzar el tránsito hacia una adopción o bien la aceptación de una vida sin hijos. Hoy en día, a partir de los avances en medicina reproductiva se han ampliado en forma inédita las posibilidades de constituir una familia, podemos hablar de una diversidad en los modos de acceso a la parentalidad y también se ha modificado el paradigma de constitución de las familias, la familia nuclear tradicional, las ensambladas, las monoparentales y homoparentales masculinas y femeninas, junto con el colectivo de la diversidad sexual. Así, la adopción se presenta como opción en algunas parejas como un proyecto que está desde el inicio del vínculo y en otros casos aparece sólo cuando los tratamientos con técnicas reproductivas no resultan y allí empiezan a pensar en adoptar o recurrir a la donación de gametos. (2019:104-105).

Por su parte, Silvia Tubert nos plantea que optar por la Adopción o por las técnicas reproductivas parte del “deseo de hijo/a” y de las formas como este deseo se replantea a partir de la realidad y subjetividad de quien vive y transita el camino de la infertilidad, pero también se apoya en la reconstrucción social de las formas tradicionales de filiación y parentesco. Esta autora nos dice que

(...) no es el embarazo lo que produce un niño, sino que el niño real ocasiona imaginariamente el anhelado estado de gestación de la madre. Pero esto no carece de lógica. En efecto, es la maternidad simbólica (realizada a través de la adopción, por ejemplo) lo que hace posible la concepción de un hijo. Adoptar un niño requiere haber reconocido la castración; la función metaforizante hace posibles las sustituciones y los desplazamientos, el deseo puede reformularse en su encuentro con nuevas representaciones. El niño adoptado confronta a los padres con su alteridad, con una separación que hiere al narcisismo. Pero esa alteridad habrá de ser reconocida igualmente por los padres que engendran a su propio hijo; de lo contrario, el destino psíquico del niño se vería gravemente amenazado. En cambio, al encuentro de una demanda

incoercible con la oferta de las tecnologías reproductivas determina que pacientes y médicos se sitúen como punto de partida de generaciones y filiaciones que hasta hace muy poco eran imposibles, dando origen a un mundo diferente que pone en cuestión no solo los fundamentos éticos, jurídicos, filosóficos y culturales de la actual concepción del parentesco, sino también nuestro estatuto como sujetos. (1991: 182-183).

Ahora bien, ya sea por lo complejo de los procesos en el país para concretar una adopción (dos de nuestras informantes pasaron por el proceso legal, y solo una de ellas logró completar el proceso de adopción) o bien, porque en su imaginario o en el de su pareja no cabe esta posibilidad por distintas razones, pudimos develar que esta opción es menos elegible ante lo que ofrecen las técnicas de reproducción asistida. A continuación, algunos de los discursos de nuestras informantes que dan cuenta de ello:

Informante N° 1: *“(...) nosotros en un primer momento decidimos como pareja, o sea, no intentar directamente con eso [con las TRHA], sino que intentamos la adopción. Lamentablemente en nuestro país, eso es igual de complicado como cualquier otra cosa, y lamentablemente estos niños crecen en estas casas hogares con poco afecto, con poca atención, porque entre la parte burocrática de que ellos estén listos y preparados para ser adoptados o la pareja esté lista, preparada y apta para adoptar, pasa mucho tiempo. Aparte de eso, ellos no te permiten la adopción de los niños más pequeños, porque lamentablemente caemos en lo que ¡Ah sí, si yo tengo un contacto o un conocido, este pequeñito, este bebé va para mi amigo!, y el resto de las personas, el que viene sin contactos y eso, tiene que pasar por los canales regulares y tal vez hasta el sol de hoy estuviera esperando una llamada de que me digan aquí está el niño que le vamos a asignar para ver si ustedes se amoldan y se acostumbran y se llevan bien con él, y si él lo hace con ustedes. Porque nosotros pasamos por el procedimiento, llevamos nuestros recaudos, hicimos el curso que ellos dictan para uno estar apto para la adopción (...) como les decía yo a ellos, yo quiero pasar por la experiencia como la pasan el resto de las madres, disfrutar y tener al niño desde el principio, amoldarlo y darle todo yo, desde el punto de vista de la educación y de los principios, y no un niño grande de que ya a esta altura yo le diga ¡no, mira eso no es así! y que entonces él se sienta ¡no, porque yo soy adoptado y eso!, y bueno, lamentablemente hoy doy gracias a Dios que eso no se dio.”*

Informante N° 3: *“no sé, porque nunca me lo llegué a plantear, sinceramente nunca me lo llegué a plantear; pero no sé, puede ser una opción o una posibilidad, más no sé si lo hubiese hecho, de verdad que no sé.”*

Informante N° 4: *“Entonces claro, siempre queríamos eso, tener una familia, y mi esposo cuando yo en algún momento dije, bueno si yo no puedo, de repente vamos a pensar en una adopción, mi esposo si no quería; o sea no, el me lo dijo, «¡yo no quiero adoptar!», fue muy tajante y yo ok, y ¿estás dispuesto a hacerte algún tratamiento?, me dijo, «¡sí, todo, todo lo que haya que hacer lo vamos a hacer!», a bueno, está bien, dije yo, ¡está bien!”*

Informante N° 5: *“Yo lo hablé, mi esposo creo que nunca tuvo esa opción en su cabeza, creo que preferiría no adoptar, y luego yo dije, no creo que adopte, por el miedo a lo que representa una adopción en Venezuela, tal vez, por desconocimiento de las instituciones también aquí, ok, pero decir, bueno, pensar en enfermedades genéticas, pensar en enfermedades psiquiátricas que puedan tener o que puedan venir en los niños, porque por lo general son niños que no vienen de un hogar formado, sabes, no sé si me explico, no (...) entonces eso nos daba mucho temor, que pudiera ser un problema y que no pudiéramos afrontarlo como debía ser, entonces si me daba como temor, me daba como temor ese tema, nunca buscamos adopción, nunca buscamos los centros en Venezuela, nunca buscamos.”*

Informante N° 6: *“Nosotros alguna vez consideramos la adopción; alguien nos lo comentó y broma, pero entonces mi esposo dijo que no (...) en un principio yo si quería, porque teníamos las condiciones ves, pero ahorita, ahora en frío digo bueno Dios mío, ¿como haria yo?, en estas condiciones, ay Dios mío no... mira ahorita van saliendo las cosas y entonces tu comprendes, bueno no tocaba.”*

Los discursos de nuestras informantes revelan que ellas oscilan entre ambas posiciones subjetivas: en un momento u otro han considerado la posibilidad del fracaso y de sustituir la exigencia incuestionable del/la hijo/a propio/a para dar paso al recurso de la adopción de un/a niño/a; sin embargo, ante sus propios cuestionamientos internos, ante los cuestionamientos de sus parejas, ante la situación compleja que representa y las condiciones que impone un proceso de adopción en Venezuela, y sobre todo ante los innumerables temores que experimentaron, terminaron optando por el recurso de las tecnologías reproductivas.

Al respecto, Diana Marré nos señala que es evidente que el número de personas que hacen uso de las nuevas tecnologías de reproducción se ha expandido singularmente de manera paralela y a menudo afectando las propias dinámicas de la adopción, ya que

(...) las tecnologías de reproducción asistida han contribuido a una pluralización de las relaciones de parentesco, introduciendo la ambigüedad y la incerteza en las mismas, incluidas las categorías fundamentales de maternidad y paternidad (...) Al igual que la adopción, se trata de una forma de reproducción que cuestiona la frase que aún define al parentesco de base biogenética según el cual 'madre hay una sola', por lo que resulta cuanto menos incómoda, así como incómodas resultan para muchas familias las adopciones nacionales y las transnacionales cuando son de menores a los que si bien se sigue denominando huérfanos, probablemente más bien como una expresión de deseo, son en realidad huérfanos sociales. (2011:42-43).

A propósito de esto, analizaremos y desarrollaremos lo que se refiere a la configuración subjetiva del parentesco como aspecto que permite a las mujeres (y sus parejas) tomar la decisión de acceder a las TRHA. En todas las sociedades humanas la procreación es un fenómeno complejo en el que se entrelazan procesos biológicos y sociales. Tener un/a hijo/a nunca se define como un mero hecho de la naturaleza, sino que es un acto social fundamental que cambia el estatus de los/as progenitores/as y por el que se reconstituyen sus vínculos. Por ello la infertilidad afecta integralmente a la persona, en su cuerpo y en su personalidad social.

En la comprensión común de nuestra sociedad, el parentesco es un híbrido de dos dominios diferentes: uno natural y el otro social. Así, el parentesco es como una potente matriz cultural que relaciona los hechos de la vida (la biología de la reproducción) con los hechos de la sociedad (las relaciones sociales de filiación). Una relación de filiación, implica el aspecto biológico de la concepción y el embarazo, pero, sobre todo, la relación de crianza posterior. En el imaginario social permanece entonces que, una relación de filiación se da cuando un/a hijo/a es "natural y criado" en una familia. (Bestard y col., 2003).

De allí que, el parentesco humano sea considerado como un hecho de la sociedad basado en los hechos de la biología. Una persona es pariente, en tanto y en cuanto es una combinación de una sustancia y de un código de conducta, es decir, que un pariente es alguien que está relacionado por los genes y que es reconocido por su forma de conducta parental. Así, la idea de lazos de sangre o vinculaciones genéticas simboliza el hecho de que los/as parientes tienen derechos sociales en virtud de su relación biológica. Ello significa que las relaciones biológicas tienen significado para las relaciones humanas. Son puntos de referencia que se dan por supuestos y que son considerados como anteriores a otros tipos de relaciones. Para el sentido común moderno occidental, la sociedad está después de la naturaleza, y las relaciones de parentesco son consideradas en términos primordialistas, anteriores a los vínculos contractuales de la sociedad. (Bestard y col., 2003; Bestard, 2004).

Han sido muchos los aportes desde la antropología feminista en la visibilización de las relaciones de poder en el ámbito de lo “privado” y cómo esas discusiones revolucionaron los estudios de parentesco. Sobre este aspecto, Mónica Tarduci (2013) señala que el gran desafío del feminismo fue demostrar que la desigualdad no se encontraba solamente en el espacio público, sino que está presente también en la esfera íntima de la vida. La teoría, así como los estudios empíricos sobre el parentesco fueron el foco principal de la crítica y la reconstrucción feminista en antropología, sociología, historia y otras disciplinas, refutando que los efectos del parentesco sean presentados como hechos inmutables de la naturaleza, esa a la que se apela para justificar las relaciones de poder entre hombres y mujeres (p. 109).

En este contexto, las técnicas de reproducción asistida actúan exclusivamente sobre uno de los dominios del parentesco, el natural, y las personas que siguen un tratamiento para la infertilidad se ven obligadas a dar sentido social a esta asistencia

a la naturaleza. La propia experiencia en las relaciones de parentesco proporciona una perspectiva a las personas para analizar las técnicas de reproducción asistida, de tal forma que se le da sentido a las posibilidades ofrecidas por la medicina reproductiva sobre la base de la experiencia personal y de la pericia en relación con el parentesco (Bestard, 2004). Desde la perspectiva de la experiencia cultural del parentesco y ante las nuevas situaciones que plantean dichas técnicas, las personas tienen el recurso de su cultura del parentesco para analizar sus implicaciones e interpretar su sentido, al tenerlas como opción en esa búsqueda de hijo/a propio/a.

Al respecto, Bestard y colaboradores, señalan que

Tener un hijo propio es uno de los principales temas de la motivación de los tratamientos de infertilidad. "Propio" significa diferentes cosas. El contexto del tratamiento define el significado de esta relación: relacionado genéticamente, haberle dado a luz, haberlo gestado durante el embarazo. Sin embargo, "propio" significa principalmente una relación biológica de algún tipo. Nótese que en nuestra cultura el auto-conocimiento es considerado como fundamental para el desarrollo de la identidad personal, y ello incluye un conocimiento sobre los orígenes genéticos y sobre la paternidad/maternidad biológica. Este conocimiento es representado por medio de diagramas genealógicos y por la idea de una continuidad en la cadena de descendientes de la familia. El hijo/a "propio" implica una continuidad en la cadena genealógica. Nótese que la genealogía está relacionada con la biología y que la relación de parentesco genealógica es una transposición literal de la relación biológica. Las otras relaciones (como dirían los antropólogos clásicos) son "ficticias". La relación básica es una relación biológica, las otras son una metáfora de estas (padrinos, hijos adoptados, padrastros). (2003:106)

Entre las personas que acuden a la reproducción asistida existe una idea compartida que fluye y ésta es, la posibilidad de tener un/a hijo/a propio/a. Realizar un deseo que ha llegado a adquirir una gran importancia puesto que el hecho de tener un/a hijo/a ya no solo forma parte de una decisión responsable, sino que, en muchos casos, va rodeada de esfuerzo físico y emocional, y cuando se ve la posibilidad de hacer las cosas como "los otros" se prefiere tomar esta opción. Tener hijos/as es crear nuevas relaciones en las que se supone que el afecto y el cariño son parte fundamental pero, al mismo tiempo, se espera de esos/as hijos/as que sean una

continuidad de la propia vida, como una etapa más que completará la realización personal de las personas y, también, se desea que los/as hijos/as tengan semejanzas a sus padres y madres, tanto físicas como de personalidad.

En este sentido, un estudio coincidente con el nuestro, realizado por Gloria Riquelme (2006), señala que el hecho de que las mujeres participantes tampoco optaran por la adopción como medio para acceder a un/a hijo/a, “nos estaría dando luces, tal vez, de un deseo aún más oculto de lo que ellas sienten o han expresado, y que tal vez para ellas su propio producto biológico simbolizaba su deseo inconsciente de querer ser madre. Al no estar este hijo no les es posible pensarse como madres si han de serlo del modo no biológico. Al demostrar la existencia de la importancia del hijo/a biológico/a, podría explicarse que para ellas el hecho de embarazarse y tener sus propios/as hijos/as las hacía más madres, que asumir solo la crianza de niños/as cercanos/as o de optar por la adopción. Quedó al descubierto que el embarazo es un evento muy significativo en la vida de estas mujeres, ya que este es el que le permite por un lado, el primer paso a la maternidad, que no necesariamente las designa como madres, ya que les queda el paso siguiente que es la crianza del producto de su vientre”. (p. 55).

Así mismo, Consuelo Álvarez coincide en que

Esta construcción biocéntrica de identidad, junto con el deseo de transmitir componentes personales al hijo, parece influir en el hecho de que el vínculo genético sea importante para los usuarios de las técnicas de reproducción asistida. La conexión genética de los dos miembros de la pareja, unido al embarazo y al parto, construyen el hijo propio “de una manera más compacta, algo imposible en la adopción”. De este determinismo genético se nutre la reproducción asistida; casi todos los avances de las nuevas tecnologías reproductivas están encaminadas a priorizar el vínculo genético con el hijo, a pesar de que otras técnicas, como los tratamientos con donación de gametos, puedan resultar más rentables económica, biológica y emocionalmente. Las parejas, ante todo, desean poder utilizar sus propios gametos. (2006:422).

De ahí, la importancia que adquiere para las personas infértiles la posibilidad de estar relacionados biológicamente con su descendencia. Como ya se ha mencionado, la separación de las categorías madre/padre social y madre/padre natural, por supuesto, no es nueva, ya que en nuestra sociedad hay muchos casos de adopción o bien de mujeres y hombres que ejercen como madres o padres de los/as hijos/as de su pareja. Pero para las mujeres que son usuarias de estas técnicas reproductivas, estar conectada genéticamente y/o pasar por la experiencia de un embarazo y un parto, las aproxima y ayuda a pensar que están construyendo una nueva relación, que será más completa con el/la hijo/a que ha de llegar. A partir de la introducción de las técnicas de reproducción asistida, aparece una nueva posibilidad: la del vínculo biológico que se convierte en uno de los pilares en los que se sustenta la demanda de este tipo de técnicas.

Por su parte, en el discurso social referido al desarrollo del parentesco y la idoneidad parental en los casos de adopción, predominará una valoración ambivalente de la adopción, en la que ésta aparece como un proceso que actúa simultáneamente en contra y a favor de la naturaleza femenina y materna: en contra, en tanto obliga a deshacer el lazo de sangre (que en el imaginario social puede ser representado como aquello que constituye el verdadero vínculo madre – hijo/a) y a favor, en tanto “completa” a las mujeres al permitirles convertirse en madres.

Indudablemente, las construcciones sociales de las categorías Familia, Maternidad y Paternidad pesan a la hora de decidir optar por la Adopción o por tratamientos de fertilización asistida. De allí que ante el peso cultural de estas categorías aunado a las dificultades presentes en el sistema venezolano de adopción, son pocas las mujeres que se inclinan hacia esta opción (decisión que es aupada e incluso propiciada por sus parejas como se puede extraer de sus discursos). Solo una de nuestras informantes, logró completar el proceso de adopción, luego de requerir

una histerectomía total debido a las consecuencias sobre su cuerpo tras varios intentos de tratamientos de fertilidad. A continuación presentamos parte del discurso de su experiencia.

Informante N°2: *“(...) doy gracias a Dios que no me vencí y tuve la oportunidad, participe luego en un programa de adopción que duró 5 años para que me asignaran al niño, que tuve esa dicha de que me lo asignaran, pero fueron 5 años duros también, porque es duro, es duro pasar por el fenómeno este, es duro que la familia te eche vaina, es duro esto y además pasar por el proceso de adopción es otro mundo, otro problemón más (...) mira entregar los papeles para un proceso de adopción es de locos, era dejar de trabajar un mes para dedicarme solamente a buscar los papeles que ellos me pedían, o sea, nadie sabe, eso es horroroso, porque es muy largo, tú te sientes manipulado, también es muy frío, es algo que el proceso va, y entonces uno pasa por todo eso y es duro y cruel (...) y doy gracias a Dios que ahorita tengo mi niño y ha sido una bendición, pero es difícil pasar por todos esos procesos, porque psicológicamente, la pareja, todo, es un agotamiento todo.”*

Si bien es cierto que nuestra informante finalmente decidió optar por la adopción, lo cierto es que ella tenía previsto seguir intentando con nuevas técnicas reproductivas en la búsqueda del tan anhelado/a hijo/a. Sin embargo, como consecuencia de estos mismos procedimientos, su cuerpo no pudo más, y accedió a esta otra forma de filiación, tal vez como último recurso, pero muy probablemente en su imaginario permaneció lo que hemos venido desarrollando en párrafos anteriores, pues las TRHA ofrecen la posibilidad del/la hijo/a propio/a... “con la adopción siempre será el hijo de otros...”. Indudablemente aceptar el fracaso ante las técnicas reproductivas y decidirse por la adopción, implica un duelo y una aceptación, pues tal como señala losu Cabodevilla

La sobrevaloración de la maternidad-paternidad biológica contribuye en ocasiones a demorar demasiado tiempo la decisión de adoptar, y en otros casos a obstaculizar el desarrollo de la persona en otras áreas diferentes a la maternidad-paternidad. Cuando prima la sobrevaloración de la biología, lo que puede estar de fondo es el deseo de un hijo igual a ella o a él, y su imposibilidad supone una herida en su narcisismo (...) Para adoptar hay que superar, el deseo del hijo biológico (no están preparados para adoptar quienes están centrados en la idea de que la única manera de tener un hijo es concibiéndolo), lo cual implica un doloroso duelo, de la misma magnitud como si fuera la pérdida de un ser querido, y admitir la infertilidad tanto de la pareja (si nos referimos a las parejas

heterosexuales) como propia. Cuando se asimila la renuncia al embarazo, comienza a construirse la posibilidad de encontrar, de abrazar y de sentir como propio a un hijo que nació en otro vientre. (2006:690-691).

Ahora bien, ante el escenario de la Adopción, también vale la pena desarrollar con respecto a las técnicas reproductivas, lo que se refiere a la donación de gametos, situación que se presenta en el caso de que la madre (o el padre) no pueda procrear con sus gametos propios. En este particular, nos referimos a las técnicas reproductivas de alta complejidad. Una de nuestras informantes, debió emplear ovocitos donados para poder procrear, a continuación parte de su discurso al respecto:

*Informante N° 4: “lo que pasa es que claro, ya esto si es como muy privado, cuando yo fui [al primer centro] me dijeron, mira no vas a poder ni siquiera usar tus óvulos, vas a tener que usar óvulos donados (...) entonces ahí fue que yo dije, no, y empecé esa parte de las inseminaciones que no funcionaron (...) entonces cuando volví, yo ya sabía que me iban a volver a decir lo mismo. No obstante con eso, mi esposo me decía: pero cuál es el problema, está la fenotipificación, y si los niños se van a anidar ahí, va a haber un recambio ahí, tranquila que tu ADN va a prevalecer, pero ¿sabes? en el momento tu no lo ves así; y ahí, fui para un segundo centro y me dijeron lo mismo. Termine haciéndolo con óvulos donados y con la esperma de mi esposo (...) él me decía, que es la maternidad para ti, es eso o es tener un hijo que se parezca a ti y punto, y yo bueno, si, tienes razón; pero en el momento en que te lo dicen por supuesto que uno se siente, porque dices, aja, bueno y no va a ser mío, o sea para mí era un mundo totalmente nuevo, a pesar de que he estado en ciencias de la salud, para mí eso era un mundo nuevo”.*

Cuando hablamos de donación de gametos, se puede decir que en cierta medida es una situación equiparable a la Adopción. Implica un duelo, así como un momento de aceptación ante la imposibilidad de tener el/la hijo/a propio/a, tal como podemos extraer del discurso de una de nuestras informantes, para finalmente acceder a este recurso o alternativa: hacerlo con gametos donados. Al respecto señalan Bestard y col.,

Ante la posibilidad de recepción de gametos se hacen analogías en términos de la adopción, de padres adoptivos en familias recompuestas. El lenguaje del don se convierte en un mediador entre un donante anónimo (sin raíces) y el bien dado (la vida), así como un mediador entre

corporaciones abstractas (un banco) y personas concretas (una genealogía). Cuando surge la donación de gametos como receptores, surge también la idea de adopción. Una relación nueva -la recepción de óvulos, por ejemplo- se equipara a una relación de parentesco conocida anteriormente -la adopción-. Por otra parte, se establece inmediatamente una distinción entre la madre genética y la madre receptora. Esta última es la madre real, porque gesta y cría al hijo. Aquí el lenguaje del don es fundamental: quien recibe es quien tiene derechos sobre el bien recibido, quien establece los vínculos sociales que se están gestando, como quien recibe a un hijo adoptado es quien es su madre, porque es ella quien lo va a criar y va a establecer relaciones duraderas con él. (2003: 101).

Así mismo, Jociles y Rivas (2016) señalan que,

La experiencia de las TRHA con donación, se constituye como una suerte de proceso de configuración de subjetividades acelerado que, tras grandes dudas y perplejidades, lleva a quienes acuden a ellas a trocar una concepción biológico-genética del parentesco por una concepción intencional de este: es la búsqueda y la crianza del hijo/a, movidas por el “deseo de ser madre (o padre)”, lo que convierte a alguien en madre (o en padre). (2016:67).

Es interesante que para el caso particular de nuestra informante, prefirió la donación de gametos a la posibilidad de la adopción. Probablemente esto haya sido influenciado por el hecho de que en las donaciones de gametos se procura que los donantes tengan la máxima similitud fenotípica que los receptores, cosa que no necesariamente sucede con las adopciones. También hay que destacar la influencia de la pareja en la toma de decisión al respecto; su esposo hizo mucho énfasis para lograr la aceptación de este hecho y se negaba completamente a la posibilidad de la adopción; habría que indagar y profundizar en lo que implica para un hombre, cuando es él quien no puede aportar gametos propios y debe acceder a la donación de espermatozoides, lo cual indudablemente sería objeto de otra investigación.

Otro aspecto a considerar, es cómo se desarrolla el vínculo madre-hijo/a, el cual parece verse influenciado también si hay algún elemento biológico; es decir, que para el caso de las técnicas de reproducción asistida, este podría ser un punto a favor, pues en el imaginario prevalece que “si lo has tenido tú, aunque sea por

donación, lo sientes más tuyo". En este caso, la relación biológica durante la gestación se convierte en un eje central, porque a partir de este momento se establecen tanto los vínculos biológicos como los vínculos de filiación, razón que podría inclinar la balanza a la hora de decidir optar por las TRHA para cumplir con el mandato social de la maternidad en lugar de la opción de la adopción.

Al respecto, Jociles y Rivas señalan que

(...) la maternidad de la mujer que acude a la donación de óvulos se afirma a partir del "deseo", el embarazo/parto y, sobre todo, la crianza y la educación del hijo/a, que pasan a ser los elementos principales sobre los que se reelabora la relación materno-filial. (2016:73).

Así mismo, Mónica Tarduci agrega en este sentido, que

Dado que el tratamiento clínico de la infertilidad implica concepción sin relación sexual, el principal símbolo del parentesco, la cópula, según Schneider (1968 y 1984), es desplazado por la tecnología. Esto significa que la identidad entre el feto y la madre o entre el embrión y el padre, ya no puede darse por supuesta. La tecnología dispersa los conceptos de maternidad y paternidad. Antes, engendrar y socializar era un continuum; ahora las tecnologías separan ambos procesos y las personas ponen el acento en uno u otro. Si se produjo donación de esperma, el padre le va a dar importancia a la crianza. Si la madre recibe óvulos de otra mujer va a acentuar la corporeidad, tenerlo en su vientre. Las parejas que hacen el tratamiento le dan sentido al proceso a través de su propia experiencia del parentesco. (2013:122).

Por su parte, Consuelo Álvarez explica que

Las posibilidades y consecuencias de la utilización de gametos o embriones de donantes en reproducción asistida se acompañan de inquietud e incertidumbre social para los propios donantes, parejas receptoras y sociedad en general. Se trata de conseguir un vínculo biológico donde, en el caso de la donación, la dimensión gestacional de la receptora pasa a primer plano y se obvia la genética de la donante para conseguir la filiación social. La relación biológica de la gestación es central en el caso de la donación de óvulos. El vertiginoso desarrollo de las nuevas tecnologías reproductivas pone en cuestión una serie de conceptos que forman parte del universo simbólico en el que estamos inmersos, y que, en razón de la ideología y los sistemas de valores que los sustentan, encubren su carácter de construcciones culturales. El sistema de donación genera tensión, ambivalencia, ambigüedad, en todos los agentes implicados por chocar con varios ideales profundamente

arraigados en sociedades occidentales. Me refiero al ideal de familia, a la construcción de la identidad y a la idea de "inmortalidad". La construcción biocéntrica de la identidad conduce a pensar que los genes son portadores de identidades. De ahí, la importancia de la filiación biológica del individuo. (2006:414-415)

Ahora bien, ya sea que se trate de la adopción o de las donaciones de gametos en las técnicas de reproducción asistida, es evidente que en la construcción social del parentesco, se incluyen nuevos significados de lo "propio", pues ya confrontada ante la posibilidad de una donación de ovocitos o de una adopción, una mujer tiene claro que los/as "hijos/as son suyos/as". Lo que los hace suyos/as es el vínculo y la cualidad de la relación. Al respecto, Bestard y colaboradores nos expresan cómo ocurre esto a partir de los resultados de una investigación consistente con la nuestra,

Téngase en cuenta que a pesar de que las técnicas de reproducción asistida favorecen a la descendencia biológica, nuestras informantes no manifestaban una oposición radical entre hijos biológicos e hijos adoptados. Las donaciones suponen una especie de gradación mediadora entre ambos polos, pero también, como ya hemos visto anteriormente, la opción de las técnicas de reproducción asistida se basa en la incertidumbre de la reproducción biológica, mientras que la adopción se basa en la certeza de la filiación social. En este contexto podríamos decir que hay un desplazamiento radical del orden normal del parentesco: en oposición a la comprensión tradicional del parentesco aquí la naturaleza se hace incierta y el parentesco "ficticio" se convierte en el más cierto. Sin embargo, el parentesco permite constantemente pasar del dominio de la naturaleza al dominio de la sociedad sin necesidad de fijar ninguno de estos dominios como el determinante y substancial. Por ello, no hay ninguna contradicción entre querer a un hijo biológico o querer adoptar a un hijo. La identidad se hace tanto a través del conocimiento de los gametos y la herencia genética de una persona nacida como a través de los lazos afectivos que se desarrollan entre parientes. Es a través del "día a día" que uno se convierte en padre o madre. No es una cuestión puramente física". Al mismo tiempo que se construye lo físico, se construye también el vínculo de parentesco. (2003: 104).

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva a reflexionar que, cuando una mujer (y su pareja) se enfrenta a la imposibilidad de la descendencia, inicia una etapa en la que se impone la necesidad de establecer un límite y crear nuevos acuerdos. Emergen imágenes nuevas de cómo será la familia: ¿con hijos/as nacidos/as por técnicas de

fertilización asistida, por adopción, o con proyectos diferentes que no incluyan a los/as hijos/as? Estos caminos dependerán de cada mujer (y su pareja), de sus ideales, del lugar que tenga la impronta de la carga genética (“sangre de mi sangre”) y de las representaciones sociales asociadas a ella. Si luego de este debate interno, decide adoptar, no es posible dejar de sentir miedo y surgen múltiples interrogantes acerca de: cómo ahijar a un/a hijo/a nacido/a de otros padres, el tema de los parecidos físicos, la carga genética ligada a la salud, el género, la edad, las preguntas que hará cuando crezca, si preferirá a los padres biológicos llegado el momento de conocerlos, entre otras. Si por el contrario, decide optar por las TRHA, también surgen un sinnúmero de temores, dudas e incertidumbres, sin embargo el saber/poder médico pone mucho empeño en disiparlas, llenándolas de expectativas que probablemente favorezcan la elección de esta opción, al hablarles de la influencia epigenética y del match fenotípico, de lo cual ya hemos mención.

Lo realmente importante sería que ante una situación de infertilidad y ante el deseo auténtico de un/a hijo/a, la elección de alguna de estas alternativas sea absolutamente libre, consciente y sentida, y que las mujeres dispongan de toda la información necesaria, que reciba educación sexual y en materia de derechos sexuales y reproductivos para una adecuada toma de decisión; y por supuesto, que se hagan mayores y mejores esfuerzos por derribar las construcciones sociales en torno a los procesos de adopción, e investigar en profundidad la valoración de la genética y del/la “hijo/a propio/a” en detrimento de la adopción y las representaciones asociadas a este proceso.

## IATROGENIA DEL VIACRUCIS

En un sentido amplio, Ivan Illich (1975) denomina IATROGENIA, a los efectos no deseados sobre la salud que ocasiona la empresa médica, no solo por su impacto directo sobre el cuerpo y la salud, sino también por las transformaciones que produce a nivel social y simbólico. Contrariamente a lo que se piensa, la atención médica que consume una población no está unívocamente correlacionada con un alivio significativo de la magnitud de la morbilidad ni con una prolongación de la esperanza/calidad de vida. Cuanto más especializado y costoso sea el acto médico, más probable resulta que la calidad de vida del/la paciente sometido/a a un determinado tratamiento no se vea mejorada por el acto en sí, sino que por el contrario, el/la paciente necesite tratamientos adicionales para ayudarlo a soportar los daños, mutilaciones, angustias y dolores provocados por la intervención, lo cual que, para el caso de las tecnologías reproductivas, aplica en su totalidad.

Al respecto, señala Natalia López Moratalla que en los tratamientos reproductivos

El hijo deseado se ha convertido en propiedad, en la dinámica de lo que puede ser encargado, seleccionado y por ello también rechazado, debido a la fuerte percepción social creada de que existe un derecho de todos, en pareja o en solitario, al hijo perfecto. Se trata de una experimentación humana que se mide en términos de eficacia de embarazo, que va cambiando los protocolos al ritmo de los daños que van produciendo, y con estudios previos en animales muy insuficientes. Los principales problemas técnicos -el tratamiento para la estimulación ovárica, la manipulación de gametos y el cultivo de los embriones, su conservación en frío, el número de embriones a transferir, y su correcta implantación en el útero-, siguen sin encontrar la solución definitiva. Frente a la fecundación e inicio de su desarrollo en su medio natural, la reproducción artificial resta al embrión del medio ambiente que precisa. Mientras tanto no descende la mortalidad embrionaria y neonatal, y crecen alarmantemente los defectos de salud de los que llegan a nacer, a corto y largo plazo. Parte de los defectos generados por las técnicas, que fuerzan a fecundarse espermatozoides y óvulos que pueden ser defectuosos, se heredan. Además, se heredan defectos adquiridos por la imprescindible manipulación de los óvulos, el cultivo in vitro, o la congelación –descongelación. De forma que el uso masivo de esta tecnología ha creado un grave problema intergeneracional. Estas técnicas presentan, a su vez,

riesgos para la salud de la mujer, especialmente por el tratamiento de estimulación ovárica. El impacto emocional para los progenitores suele ser más intenso que en la procreación natural. No se ignora que un número considerable de matrimonios han logrado así la felicidad de un hijo de ambos. Aun así, con gran frecuencia la sombra de los hijos perdidos, o desechados en el proceso, les sigue, y no pocas veces están presentes problemas de salud de la madre y de los hijos. (2012: 423-424).

De allí que quisimos abarcar en esta segunda categoría central a la que decidimos llamar IATROGENIA DEL VIACRUCIS, los actos de medicalización de un proceso fisiológico natural como lo es la fertilidad y la procreación, y cómo estos actos puede devenir en importantes consecuencias para la salud de las mujeres que acceden a las TRHA, además de las implicaciones éticas, bioéticas y económicas de los mismos, de tal manera que el VIACRUCIS social al cual hemos venido haciendo mención en nuestra primera categoría central, se exacerba y acentúa, producto de las actuaciones médicas, al apropiarse de los cuerpos de las mujeres y experimentar sobre él.

A continuación develaremos las subcategorías y propiedades que emergieron desde el imaginario de nuestras informantes, con relación a lo construido desde la ciencia/saber/poder médico sobre la maternidad/infertilidad, y los efectos/sufrimientos asociados durante sus vivencias al acceder a estas técnicas.

## **Las mujeres se definen a sí mismas y a sus cuerpos a través de la expresión médica de la infertilidad**

*El cuerpo de la mujer es el espacio en el que muchas veces  
se juega una problemática que le es ajena.  
Silvia Subert*

El cuerpo es el principal aglutinador de las experiencias biológicas, psicológicas y sociales, que contribuyen fundamentalmente en la identidad de las personas, y en particular de la identidad femenina que como ya hemos visto, se vinculan con la reproducción. De acuerdo a esto, las características sexuales y anatómicas de las mujeres las definen como productoras de vida, como agentes a través de las cuales la especie se reproduce y como baluartes de unos valores que garantizan el orden simbólico heredado de una tradición cultural hegemónica. Las interpretaciones sobre la gestación, parto, nutrición y cuidados de los/as hijos/as abarcan un espectro muy amplio lleno de matices ideológicos, pero todas parten de la anatomía de las mujeres: únicas de la especie, dotadas de un útero. Los cuerpos de las mujeres y sus representaciones, adquieren una visión trascendental en la reproducción humana, por ir más allá de su materialidad y estar atravesado, al mismo tiempo, por las concepciones ideológicas de cada cultura y época. (Le Breton, 1995, 2002; Lima y Ormart, 2014).

En este orden de ideas, Arroyo y Castañeda nos señalan con respecto a los significados que se inscriben/producen en el cuerpo, que

El cuerpo va a ser examinado cual materia de símbolo y objeto de significados. Las acciones que tejen la trama de la vida cotidiana, desde las más banales e inadvertidas hasta las que se producen en la escena pública, implican la intervención de la corporeidad, por tanto, se le reconoce al cuerpo su capacidad de agencia y de centralidad en los fenómenos sociales, entre ellos, los procesos reproductivos y los relacionados con la salud-enfermedad (...) Del cuerpo nacen y se propagan los significados que constituyen la base de la existencia individual y colectiva. Por ello, se asume que el cuerpo es visto como el lugar donde se fraguan la expresión de los sentimientos, las actividades producto de la percepción, la relación con el sufrimiento y el dolor. En el cuerpo será donde se expresa el sentido construido y donde se evidencia el conocimiento de la vida cotidiana como orientador de la conducta. El

cuerpo como emisor y receptor, produce y reproduce sentido continuamente y, de este modo, el hombre se inserta activamente en un espacio social y cultural dado. (2021:45-46)

Como hemos venido desarrollando a lo largo del texto, para la teoría feminista y para los estudios de las mujeres, el género implica una categoría de análisis que refiere a la construcción social de roles, prácticas y actitudes que parten de las disposiciones corporales femeninas y masculinas que, tomando como base las diferencias en la morfología sexual humana, toma forma mediante el gradual proceso de educación y socialización dentro de determinados patrones socioculturales. En este sentido, Mariana Gómez señala que

(...) el género se substancia en el cuerpo y las nociones sobre lo femenino y lo masculino se corporifican por medio de la división sexual del trabajo, de distintos modos corporales de hacer las cosas -moverse, sentarse, vestirse, presentarse en el espacio social, involucrarse con los otros- y en diferentes capacidades "naturales" de los cuerpos (e.g.: -el embarazo, la fertilidad masculina y femenina, los diferentes fluidos corporales y sus potencialidades, etc.) El género entonces se entiende a través de las diferencias corporales entre hombres y mujeres y a partir de las diferentes capacidades biológicas y sociales "destinadas" para cada uno. Estas diferencias a su vez, llevan a que las personas experimenten la vida de distintas maneras y sobre la base de estas experiencias disímiles, construyan significados distintos. (2009:294).

Sobre la base de esta concepción corporal genérica, se inscribe la capacidad reproductiva y de gestación que poseen las mujeres, como algo único, existiendo una representación mental de los cuerpos y el útero como un "espacio interno" que se asocia al embarazo y al parto. De esta forma, la capacidad reproductiva, es una experiencia que influye en la vida emocional de las mujeres, la que además y como ya hemos venido comentando, está estrechamente ligada a su identidad femenina. Diversos autores (Riquelme, 2006; Lima y Ormart, 2014; Le Breton, 2018; Arroyo y Castañeda, 2021) han señalado que, el cuerpo femenino como constructo, ha sido definido en función de los discursos que han predominado en cada escenario histórico, y de las variables sociales y culturales que han ido surgiendo.

En gran medida los cuerpos de las mujeres se han vestido de las definiciones que el mandato masculino ha estereotipado, convirtiéndolo en norma social. En nuestra cultura, la historia de la representación de los cuerpos ha sido la historia de los modos de construcción de una simbología predominantemente androcéntrica, suscrita por consensos entre sucesivos discursos científicos, filosóficos y teológicos, pues tal como señala Mariana Gómez (2009) “el género en el cuerpo se expresa en la introyección de diferentes modos corporales que funcionan tácitos y silenciosos en la vida cotidiana” (p. 293). De allí que, como sostienen, Arroyo y Castañeda

Un cuerpo de mujer debe ser capaz de dar a luz y un cuerpo de hombre debe ser capaz de embarazar a una mujer. Sobre los cuerpos recae la carga de la reproducción biológica, sin distinción sexual y casi sin más opciones. El cuerpo es visto como un símbolo de reproducción. Esta representación está articulada desde dos fundamentos hegemónicos: uno biológico, que nos habla de la supervivencia de la especie humana; y otro social bajo la consigna de los mandatos de género. (2021:48).

Desde este enfoque, Lucía Ariza nos complementa al explicar que, cuando ese cuerpo de mujer deviene en un cuerpo infértil, es estigmatizado y en consecuencia expropiado por la ciencia médica para experimentar con él, lo cual se inscribe en las relaciones de género existentes, ya que la asociación entre mujer=maternidad=fertilidad se mantiene en todas las sociedades, incluso las más modernas. Esta autora nos indica que

La estigmatización del cuerpo infértil de las mujeres (y en consecuencia de las mujeres que no tienen descendencia) es un elemento central del proyecto de la biomedicina moderna, reproducido en el seno de la medicina reproductiva actual que es la heredera de aquella, donde son siempre las mujeres las que atraviesan la mayoría de los estudios diagnósticos y procedimientos del tratamiento. De hecho, las pruebas médicas para determinar la causa de la infertilidad son parte de una larga historia de desarrollos tecnológicos diseñados para ser utilizados prioritariamente en mujeres. Las asociaciones entre mujer-fertilidad-infertilidad no son por lo tanto un dato del pasado, ni están confinadas a las regiones menos desarrolladas del planeta, sino que se siguen reproduciendo en numerosas sociedades contemporáneas, incluso en aquellas pioneras en promover la igualdad de género y una adquisición plena de derechos ciudadanos por parte de las mujeres. (2014:57).

Como ya hemos comentado, desde los pueblos primitivos hasta la aparición de las tecnologías reproductivas, los cuerpos de las mujeres han recibido representaciones diversas: la tierra para fertilizar, la vasija receptora del semen, el útero que reclama el alimento; en una permanente asociación de las mujeres con la naturaleza, por su papel en la reproducción humana (Tubert, 1991; Bravo y col., 2017). Sin embargo, para el siglo XX y, sobre todo a partir de los años 70's, fue cuando comenzó a cuestionarse este discurso en las distintas teorías feministas: algunas de ellas consideraban las tecnologías reproductivas como una salvación a la opresión de las mujeres con el rol reproductivo y otras, en cambio, lo percibieron como un nuevo dominio masculino que implicaba desigualdades sociales, económicas y culturales. (Puigpelat, 2004; Martí, 2004; Cardaci y Sánchez; 2011; Vecslir, 2017; Blázquez y col., 2022).

Pero todavía hoy en día, la fertilidad y todo lo que tiene que ver con la misma, se reconoce socialmente como la característica básica y definitoria del cuerpo de las mujeres. Por naturaleza, biológicamente, el cuerpo femenino es el encargado de la reproducción, pero este ciclo reproductivo de las mujeres fragmenta sus cuerpos y sus fases marcan cronológicamente su recorrido: menstruación, embarazo, climaterio. Podemos hablar de una dicotomía mujer– cuerpo; el cuerpo define a la mujer desde una perspectiva esencialista y biologicista, pero a su vez, como dice Lagarde (1997), “ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social”, ya que “su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica de la reproducción”. Cada una de las etapas de este ciclo reproductivo marca un rol social, que la mujer ha de realizar para adquirir un reconocimiento, un estatus social; por lo que el cuerpo femenino, además de biológico, es social y para esta misma autora también político, “disciplinado para la producción y para la reproducción”.

En este orden de ideas, y a propósito de lo que venimos esbozando, Lozano (2001, citado en Riquelme, 2006) nos dice que

La maternidad ha estado ineludiblemente ligada al cuerpo de la mujer y en ocasiones se ha representado en una ecuación determinista sobre una supuesta condición femenina universal fruto de la naturaleza: mujer = cuerpo = madre. De esta manera se plantea una demanda social de reproducción de este cuerpo. (2006:30).

Por su parte, Silvia Tubert nos señala que cuando ese cuerpo no puede cumplir con la norma social y simbólica, cuando la mujer es infértil, esto se torna en un castigo: se convierte en una maldición

(...) el cuerpo de la mujer-madre aparece definido casi exclusivamente en función de su capacidad reproductora, el cuerpo de la mujer infecunda se convierte en pura negatividad, en obstáculo, en aquello que se resiste a incluirse en la cadena significante en la que se desliza el deseo: "Una cosa es querer con la cabeza y otra es que el cuerpo, ¡maldito sea el cuerpo!, no nos responda". La maldición recae en el cuerpo, como si éste fuera responsable de un fracaso que, en verdad, es imputable a una operación simbólica. (1991: 110).

Ahora bien, con el desarrollo de las TRHA, el control de la fertilidad y de los cuerpos de las mujeres alcanza su mayor auge. Con estas técnicas, las mujeres entran en un proceso de "alienación" de su propio cuerpo, como es llamado por Simone De Beauvoir (1977): ya no es dueña de él, otros son los dueños, sujeto y cuerpo están separados, siguen caminos diferentes, ella quiere ser madre y su cuerpo no le deja. Para Bestard y col., (2003) la tecnologización a la que se someten los ritmos biológicos de las mujeres que pasan por tratamientos reproductivos, convierte su cuerpo en un sujeto distinto con el que hay que interaccionar, hay que escuchar y comunicarse con el cuerpo de una manera distinta, es la "rebelión del cuerpo", como si su medicalización le hubiese convertido en un sujeto autónomo que ya no obedece sus órdenes. El cuerpo de las mujeres sometidas a tratamientos de infertilidad es un cuerpo enajenado. Por ello la disciplina de este cuerpo enajenado altera tan profundamente la vida social de la mujer hasta convertirse en un objeto obsesivo (p.29).

La identificación “del problema orgánico”, a través de las numerosas pruebas diagnósticas a las cuales se someten, puede ser recibida por las mujeres con ambivalencia, es decir, por un lado puede representar una mala noticia, que algo anda mal en su cuerpo, pero por otro lado esta localización del problema en el plano orgánico acrecienta la esperanza de que pueda ser resuelto por la actuación médica. Cuando los procedimientos diagnósticos no consiguen identificar el problema, la ambivalencia actúa en sentido inverso, primero representa un alivio, pero rápidamente se convierte en fuente de incertidumbre, de desconfianza, tanto en su propio cuerpo como en las posibilidades de que los tratamientos lleguen a buen fin.

A continuación, presentaremos algunos de los discursos de nuestras informantes que develan la percepción que tienen de su cuerpo y de su incapacidad reproductiva (e incluso de la de sus parejas), desde lo que ellas han aprendido, internalizado y reforzado en el discurso médico en cada etapa de sus respectivos diagnósticos, y sobre la base de la medicalización de sus procesos fisiológicos:

Informante N° 1: *“(…) antes de nosotros casarnos ya estábamos claros de que iba a haber cierta dificultad, verdad, este porque mi esposo fue operado de hernia y varicocele, en esta operación lamentablemente fue manejado en forma errónea, el se complica y se le produjo un hidrocele posterior a la operación, lo volvieron a intervenir para drenarle el hidrocele, y bueno, en los exámenes previos a la intervención ya se veía la disminución de la parte de los espermatozoides. En una oportunidad yo tuve un embarazo así en una forma muy espontánea, sin ningún tratamiento, pero lamentablemente a las 8 semanas tuvo que ser interrumpido porque era un embarazo ectópico y entonces debió ser interrumpido. Este, ahí es donde inicia ya, conchale la complicación de que ya no es solo él, no es la parte de él sino que ya tenemos dos razones. Ya yo tenía una sola trompa funcionando y ahí iba a disminuir la posibilidad, entonces en vista de eso, ya casi al año de producirse ese ectópico, yo inicio tratamiento [de fertilidad].”*

Informante N° 2: *“(…) ya venía un proceso, porque de joven, mucho más joven, yo había tenido una resistencia a la insulina y tenía desorden metabólico, eso fue afectando mi estado de salud, pues; entonces eso fue llevando a lo que ellos empiezan a investigar e indagar, y empecé a observar que había problemas de ese tipo que afectaban mi menstruación desde joven, no eran regulares, entonces*

*tomaba muchas hormonas, y así iba en el proceso, hasta que ya se puso más difícil (...) yo tuve un primer embarazo normal, antes del Drilling ovárico, a los 25-26 años de edad, tuve un embarazo normal, no se dio porque lo perdí a las 11 semanas, pero ahí fue un embarazo sin ningún tipo de procedimiento, normal, nada del otro mundo, pues no se pudo, claro en ese tiempo, no era el mejor momento, después cuando ya si nos empezamos a interesar, pues ya se nos puso un poco cuesta arriba la situación, y fue cuando entonces empezamos a entrar en los diferentes procesos, y bueno entonces pasamos por toda esta experiencia.”*

*Informante N° 3: “Porque no quedaba embarazada normalmente, pues simplemente una pareja en condicones normales, nunca se diagnosticó que tuviera algo en realidad que impidiese que yo quedara embarazada (...) yo llegué ahí porque no salía embarazada, me había tratado anteriormente con ginecólogos que simplemente me hacían una estimulación como normal, simplemente te daban pastillas, te estimulaban no de la misma manera como una inseminación así sea artificial o in vitro, sino unas pastillas y te dicen el día tal, te sacan la cuenta, mantienes relaciones, pero tampoco salí embarazada de esa manera (...) pero por supuesto siempre estaba en el pensamiento de uno, más en el de uno que en de cualquier otra persona, bueno será que soy estéril será que yo no puedo, que es lo que pasa conmigo, cónchale, porque normalito no quedaba pues (...) porque resulta que yo tengo síndrome antifosfolípídico y entonces pues esa condición también tiene su probabilidad de que se pierdan los bebés.”*

*Informante N° 4: “(...) lo que pasa es que yo sufría desde los 25 años de Hiperandrogenismo que es que produzco mucho andrógeno y entonces en vez de irse por la vía de los estrógenos se me iba por la parte de la testosterona (...) el proceso inició cuando me entregaron los exámenes inmunológicos, ahí fue que me di cuenta que necesitaba una ayuda como más profesional, porque no solamente era la parte inmunológica sino también era endocrina, era hematológica, era ginecológica, era urológica, era psicológica, este era a nivel de ecografía también, estaba muy al pendiente de lo que pasaba con mi útero, porque mi útero era pequeño (...) este en sí, cuando me dicen mira ya el hiperandrogenismo no iba a parar, pero iba a necesitar un tiempo de que esas hormonas se reacomodaran para que pudiera a través de los tratamientos que me iban a colocar, dar como funcionamiento pues, o entrar en un funcionamiento que se iba a necesitar para que todo se diera.”*

*Informante N° 5: “(...) porque yo tenía problemas, porque a veces no fecundaba o porque los folículos, no los producía, producía folículos pero no en la cantidad que se esperaba, ok; y mi esposo también tenía problemas con su semen, o sea, el tenía de tamaño, de forma, de cantidad, o sea, entonces era su problema combinado con el mío, por supuesto, cuando tú dices el problema de los hombres, todo se resuelve cuando hacen el procedimiento, te seleccionan el que sirve y listo, lo colocan, hacen*

*la fecundación y ya, funcionó, si tienes uno funcional, vivo, en perfecto estado; pero bueno, claro, éramos los dos que estábamos dentro de ese porcentaje de infertilidad desconocida, y bueno, había que hacer algo y decidimos irnos por este camino de la ciencia.”*

*Informante N° 6: “(...) entonces vieron que no quedaba, y no quedaba, y bueno empezar a buscar algo mas, entonces si, se vio en las ecografias que tenia una adherencia, y ademas con una laparoscopia a la que fui sometida con la finalidad de quitarme unos miomas en el utero, entonces se vio que tenian una adherencia en las trompas de Falopio que podía ser congenita o producto de una enfermedad inflamatoria pélvica. Las enfermedades inflamatorias pelvicas, las consecuencias entre otras cosas son adherencias y toda esta serie de secuelas e infertilidad, y entonces bueno, ese era el proposito de eso, para luego ir a ese proceso de fertilizacion in vitro. Y así fue, me quitaron los miomas, ya el utero quedo perfecto, porque lo que tenia eran esas cosas que podian impedir, y no pudieron en la cirugia quitar esa adherencia, que estaba haciendo imposible que pasara todo el proceso normal.”*

Como se puede denotar de los discursos de nuestras informantes, una de las situaciones que destaca es la “sospecha”, es decir, en sus relatos se denota que ya ellas anticipan sus dificultades para concebir, al describir algunas alteraciones que podrían haber contribuido al desarrollo de su infertilidad, por lo que su sospecha puede haber estado incluso antes que el diagnóstico. Coincidiendo con Lucía Ariza (2014), la mayoría de las mujeres entrevistadas para su investigación declararon haber sospechado la infertilidad basándose en su historial de salud, y en ciertas intuiciones acerca de lo que podría estar funcionando mal en la pareja con respecto a la reproducción, notándose que en algunos casos la asociación entre la dificultad para concebir y ciertos hechos relativos a la salud reproductiva está ya establecida por el saber médico, pero en otros casos tal asociación no tiene nada que ver con una advertencia médica sino que es el producto de un asociación subjetiva, consolidada a través de la narración. Para esta autora,

(...) la sospecha funciona como una manera de unir los antecedentes en materia de salud reproductiva previos al diagnóstico, con ese mismo diagnóstico una vez que éste ocurre. En esa función, trazando una continuidad entre el antes y el después, la sospecha opera amortiguando el impacto negativo de la noticia de la infertilidad, a la vez que re-sitúa a

la narradora en un marco de atención, deseo y responsabilidad por la procreación buscada, contribuyendo a performatizarla/relocalizarla dentro del género femenino del cual está –o estuvo– implícitamente excluida por no poder procrear. (2014:53).

Pero también podemos extraer de los discursos de nuestras informantes, la visión o percepción que tienen de sus cuerpos, que les hace sentirse enfermas, con algún problema orgánico que las hace imperfectas e incapaces de cumplir con su rol social de la maternidad, por lo que ante tal imposibilidad deben acudir a la ciencia médica que pone a su disposición “la solución al problema”. Es el discurso médico del cuerpo femenino, el que ha llevado a que ante la dificultad de lograr un embarazo o que a pesar de lograr el embarazo pero ocurra una pérdida, ellas lo interpreten como una enfermedad, lo que en consecuencia les impulsa a buscar ayuda para resolver “la falla”. Y es que ese mismo discurso médico cala en su vivencia de la infertilidad a tal punto, que ellas mismas se definen a sí mismas y a sus cuerpos desde los términos que impone la ciencia médica.

Un estudio coincidente con el nuestro, realizado por María Cecilia Johnson (2019) señala que es frecuente que las mujeres usuarias de las TRHA hagan referencia a sus cuerpos en tercera persona, como un ente objetivado y diferente a sí mismas. Este aspecto, esta forma de verse y experimentar el tratamiento, expresa nuevamente la tensión entre: la vivencia de un cuerpo ajeno y fragmentado y a la vez la experiencia de la maleabilidad y la potencia del propio cuerpo para agenciar su reproducción (p. 41). Así mismo, Gloria Riquelme (2006) encontró en otro estudio similar al nuestro que, cuando las mujeres hablan de los problemas que enfrentaron para embarazarse, ponen énfasis en el protagonismo de su cuerpo, atribuyéndole características negativas, ya sea por su negligencia o por factores externos culpables de su infertilidad, como es el tiempo o un órgano dañado (p. 58).

Así, y para dar sustento a lo que venimos expresando, haremos mención a lo que al respecto señala Ana Martí Gual

Quando las mujeres tienen problemas para quedar embarazadas o para llevar un embarazo a término y acuden al médico, prima en su representación una imagen escindida de su identidad en la que el cuerpo aparece como el obstáculo para la realización de aquello que persiguen. Entran, por tanto, en una percepción de su cuerpo como organismo que falla y que esperan pueda ser restaurado por la intervención médica. Se produce a partir de ahí la entrada en un mundo ajeno que les va a reportar un auténtico proceso de socialización, a través del cual irán adquiriendo un saber y unos recursos conceptuales para pensarse – a sí mismas y a sus cuerpos – que se irá acrecentando a medida que avancen en su incursión en él. (2011:127).

Y es que ha sido la medicalización de las dificultades en la reproducción lo que ha traído como consecuencia que las mujeres canalicen la búsqueda de soluciones hacia las instancias médicas, generando una demanda que será interpretada necesariamente en las claves y términos que maneja el discurso médico. De allí que en su proceso de búsqueda, el discurso médico va calando en el vivir y sentir de las mujeres, llegando al punto en que ellas mismas lo incluyen en su propio lenguaje, hablan de sus cuerpos como si estuviesen dañados, aprenden la terminología con la cual la ciencia médica los califica y describe. Como nos refiere Silvia Tubert

De este modo, la medida en que estas mujeres hablan de sus órganos, de sus óvulos, de su organismo, en tercera persona, asociándose a la mirada médica, es la medida de su desobjetivación, verdadero efecto iatrogénico de la medicalización de la que todos somos víctimas y cómplices a la vez. (1991:10).

Pero es que además, en esa búsqueda de soluciones, las mujeres con diagnóstico de infertilidad se someten a distintos tratamientos y, comúnmente, por periodos prolongados y en repetidas oportunidades; tanto es así, que los estudios y tratamientos se convierten en la parte medular de sus vidas. La construcción socio-simbólica de la maternidad/fertilidad recae en el cuerpo, y el saber/poder médico se apropia de esta construcción social para medicalizarlo, lo que finalmente deviene en que las mujeres que viven esta situación lo internalizan y reproducen prácticamente sin darse cuenta de ello.

Pero, ¿de dónde surge la necesidad de que las mujeres busquen en la ciencia médica lo que ese cuerpo no puede solo?; para Lima y Ormart, la respuesta a esa interrogante recae en la fantasía de la reparación. Estas autoras nos dicen que

La tecnología viene a remediar lo que no funciona. Aquello que no tiene respuesta en lo real, aquello que se busca desde lo natural y allí no se encuentra. El especialista trata de subsanar la falla biológica pero esto no es tan simple en el ser humano. Hay un descentramiento. La sexualidad no es única ni fundamentalmente biológica. El cuerpo humano está tapizado por lo simbólico. La medicina aborda el cuerpo como real y el sujeto se resiste. El individuo recurre buscando la reparación de su cuerpo biológico, que el médico arregle lo que no funciona. A veces hay algo que no funciona y tiene que ser arreglado pero paralelamente se juega la reestructuración simbólica. Para dar vida, se necesita un cuerpo biológico y un cuerpo simbólico. La pulsión se apunala en lo biológico y encuentra allí su plataforma de despegue. El cuerpo biológico y el cuerpo simbólico se anudan en la tarea de la reproducción. (...) La fantasía de la reparación puede encerrar el secreto de la identidad. Se recurre a la tecnología para velar una falta en lo biológico. (2014:228).

Por su parte, Arroyo y Castañeda responden a esta misma interrogante señalando que

(...) ante un episodio de infertilidad, la mayoría de los casos acuden una y otra vez a tratamientos “convencionales” y “no convencionales” en la búsqueda por lograr concebir y dar a luz con vida a un hijo o hija de modo biológico o anatómicamente natural. Pensamos que esta conducta no sería tan desacertado explicarla a partir de los mandatos culturales impuestos sobre los cuerpos, los cuales son los temas que ordenan la realidad de la vida cotidiana. Estamos hablando de hombre-padre y mujer-madre. El hombre, como sujeto sociocultural, ha sido construido como proveedor. En esta categoría está contenida la paternidad como configuración de lo masculino. A la mujer, socioculturalmente, se le ha construido en vínculo directo e indisoluble a la familia. En esta categoría está contenida la maternidad como parte importante de la configuración de lo femenino. Este análisis nos lleva a posicionar al cuerpo como una categoría analítica a partir de ver cómo en el cuerpo se ponen de manifiesto los mandatos culturales de hombre-padre y mujer-madre que están atravesados por cuestiones socioculturales. Por lo tanto, existe un cuerpo moldeado por el mundo de la vida y por la estructura social. Este mandato se construye desde lo que se espera del cuerpo sexuado, permitiendo entender por qué algunos viven la infertilidad como un padecimiento. (2021:47).

De este modo y coincidiendo con Arroyo y Castañeda (2021), reconocemos al cuerpo cual categoría organizadora de lo social, a partir de una construcción sociocultural

que está marcada desde lo sexuado: para cada cuerpo se espera un destino, entendido desde la reproducción biológica; fenómeno que va más allá de lo fisiológico y que tiene una fuerte carga cultural. La corporeidad demarca las rutas del padecer transitadas por las personas ante un fenómeno de infertilidad. De esta forma el cuerpo es una categoría que también contribuye a la construcción del padecimiento sobre la infertilidad. El cuerpo configura los significados de la maternidad y la paternidad y por tanto, los significados de la infertilidad.

Y es que si nos adentramos en el discurso de nuestras informantes, podemos comprender que ellas se definen a ellas mismas y a sus cuerpos desde el padecer, desde la enfermedad. A pesar de que realmente sus cuerpos están sanos, ellas los sienten enfermos porque no pueden cumplir con el rol esperado para ellas; la sensación de enfermedad aparece en la medida en que ellas deciden tener un hijo/a. Es justamente en ese momento cuando ante la no consecución del deseo o anhelo de hijo/a y en virtud de lo que la ciencia médica pone a su disposición, ellas deciden actuar en sus “cuerpos enfermos”, y optan por las TRHA como una alternativa para tratar su “enfermedad”. Al respecto, queremos desarrollar un poco la visión medicalizada de la infertilidad como enfermedad y los aportes que en este sentido ha hecho el feminismo.

Sabemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010; 2020) reconoce a la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que conlleva una gran cantidad de efectos tanto en la salud física como mental, emocional, psicológica y social en las parejas que la sufren. Asimismo, todo el campo médico-científico y la especialidad médica, es decir, los/as profesionales médicos/as que se dedican a la medicina reproductiva y que agrupan a especialistas en infertilidad, ginecólogo/as, andrólogo/as, obstetras, endocrinólogos/as, inmunólogo/as, biólogos/as entre los más frecuentes, también retoman estos lineamientos y parten desde ese enfoque

para su práctica profesional, para ofrecer distintas alternativas a los hombres y mujeres que recurren a estos centros y clínicas especializadas frente a esta dificultad. Sin embargo, hay que comprender que es precisamente esta inscripción del problema el que se evalúa como uno de los aspectos en donde se observa con mayor nitidez la confluencia de sentidos y la aparición de zonas matizadas en los discursos. Es la imposibilidad, justamente, de fijar un lugar para esta condición de dificultad ante la posibilidad de concebir hijos/as de manera biológica lo que le confiere uno de los rasgos dramáticos a la significación de la infertilidad, y de allí la gran controversia para calificarla como enfermedad.

Desde una perspectiva crítica sobre la relación entre ciencia y género, y con una posición que revela la explotación del cuerpo femenino por las nuevas tecnologías reproductivas, diversas autoras (Tubert, 1991; Sánchez, 2005; Vecslir, 2017) sostienen que para analizar las TRHA es preciso abordar dos discursos diferentes pero íntimamente ligados: el discurso biomédico y el patriarcal-androcéntrico. El primero equipara el cuerpo a una máquina que, en tanto tal, es susceptible de ser dividido en sus componentes. La metáfora del cuerpo-máquina se encuentra en abierta oposición al discurso que define el cuerpo como unidad psicosomática. El segundo, como es sabido, le atribuye al ideal de la mujer-madre un rol primordial, ineludible. Las tecnologías de reproducción asistida se inscriben en la interrelación de estos dos discursos que apelan al deseo de maternidad “dando una respuesta de fragmentación y medicalización del cuerpo” La medicina reproductiva, atravesada por la metáfora del cuerpo-máquina, descompone a las mujeres en sus partes y las reduce a un útero y óvulos mediante un proceso de objetivación.

Recuperando los aportes que al respecto se han hecho desde el feminismo, estas autoras sustentan que la medicalización de la infertilidad no hace más que reducir la cuestión a una serie de pasos instrumentales que no resuelven la causa de la

infertilidad sino que solamente producen un embrión, y se posicionan desde una perspectiva crítica de las tecnologías de reproducción asistida y de la noción de la infertilidad como enfermedad, ya que además, a la aplicación indiscriminada de las técnicas reproductivas en virtud de la medicalización de la infertilidad se suma que, el peso de los tratamientos recae principalmente sobre el cuerpo de las mujeres, aun cuando la causa no esté del todo determinada o sea masculina. En este sentido, coincidimos con Marbella Camacaro (2020) cuando nos dice que “se debe superar la noción de cuerpo femenino como máquina reproductora así como el énfasis de la causalidad orgánica y biologicista de las explicaciones de sus problemas, esto es, romper con la medicalización/patologización de las funciones naturales de la mujer y con el reduccionismo que psiquiatriza los fenómenos de orden social y cultural relacionados con su salud” (p. 23).

Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de medicalización? Para responder a esta interrogante, concordamos con lo que al respecto nos señala Luciana Isa

Quando se hace referencia a la medicalización, se pretende significar una modalidad discursiva en constante expansión (iniciada en el siglo XVIII y reforzada en la segunda mitad del siglo XIX) decretada, oficialmente, como política de los estados a partir de la nacionalización de la medicina en Inglaterra, que dio lugar en todo Occidente a la constitución de «institutos de seguro social», por el cual diferentes, cuando no todos, los aspectos de la vida humana son vistos y tratados en términos del «saber médico», supuestamente científico, avalado por cifras y estadísticas que muestran a las claras donde esté el bien (la salud, equiparada a la normalidad) y dónde está el mal, la «enfermedad» que nos acecha (...) Así, la medicalización impone una tecnología del manejo de sí y el manejo del cuerpo y alma de los otros en las esferas públicas y privadas. Desde este punto de vista, la medicalización se convierte en un arma poderosa que funciona al servicio de un discurso, el de los mercados, y ordena la sumisión en nombre de valores sagrados: la salud, la larga vida y la ciencia. Y en esta escena, el médico se erige en autoridad política, consejero indispensable de las sociedades modernas. En esa configuración, la medicina, y por tanto, el discurso médico-científico, se presume en actor portador de una voz autorizada para decidir en cada sociedad qué es normal, adecuado o deseable. (Isa, 2017p. 160).

Desde esta perspectiva, que es congruente con lo que plantea Michell Foucault (1977), la construcción de la infertilidad como enfermedad es el resultado de un proceso de apropiación de la misma por parte del discurso médico, que como tal la controla. Tal como lo señala Leila Vecslir

La ausencia de descendencia se convirtió en “materia cuantificable” por parte de la medicina y de este modo, en objeto de vigilancia y regulación. Así, los cuerpos infértiles “se trasformaron en objetos de intervención, lástima, vigilancia” (2017:9).

Así, vamos entendiendo que precisamente en la medicalización, el cuerpo pasa a ser el centro de atención para el personal médico; es decir, es el mecanismo por el cual se lleva a cabo cualquier estudio o tratamiento al que se someta la mujer infértil y, por tanto, el cuerpo adquiere el papel protagónico dentro de la atención médica, de la cual se conjugan experiencias personales que permiten a la mujer infértil construir y/o reconstruir representaciones simbólicas de su experiencia en busca de la regulación de su fertilidad. Esto refuerza la individualización que actualmente tiene la concepción del cuerpo que, entre otras cosas, es consecuencia del orden social, siendo el cuerpo "la huella más tangible del sujeto en cuanto se distiende la trama simbólica y los vínculos que lo conectaban con los miembros de la comunidad". (Le Breton, 1995).

Incluso, ello significa, no tanto que la mirada se focalice en el cuerpo en sí, sino que lo hace en un cuerpo identificado exclusivamente como organismo. Es por ello que, cuando una mujer (que realmente está sana) acude a buscar a aquellos que cree podrán resolver su problema, pasa a ser atendida como paciente por la ciencia médica, quedando despojada de su subjetividad; se pone literalmente en manos del/la médico/a que, actuando como un/a funcionario/a de la ciencia, ignora ese cuerpo de mujer en su integralidad, porque sólo conoce el organismo, y en consecuencia actúa.

Además, algo que ocurre desde la construcción genérica y simbólica del ser mujer es que, no sólo son las mujeres las que realizan las primeras consultas cuando se hace presente y consciente la infertilidad en la pareja, sino que es la misma disciplina médica la que muestra una tendencia a diagnosticar primero a las mujeres que a los hombres. Sobre las mujeres recae el peso de llevar hacia adelante todo lo relacionado con los tratamientos reproductivos. Al respecto, Díaz y García nos señalan que

Parte del matiz que aporta el género a la atención de la infertilidad, radica en la responsabilidad asignada y asumida en cuanto al seguimiento de dicha atención para y por las mujeres. Aun cuando en los propios protocolos de atención se refiere la necesidad de concurrencia al servicio en pareja, y no de uno u otro miembro por separado, es la mujer quien recibe las órdenes e instrucciones médicas y quien posee historia clínica para el control por parte de la institución de salud. (2011:110).

Esta situación está necesariamente vinculada a la mayor medicalización del cuerpo de las mujeres, especialmente en lo referente a los aspectos reproductivos. La medicalización como un dispositivo de control social surgido en las sociedades disciplinares modernas –tal como lo señala Foucault, (1977)–, se pone marcadamente en uso en las áreas de la reproducción y también de la sexualidad que involucran directamente a las mujeres.

Al respecto de esto, otro aspecto a considerar es la medicalización de la sexualidad. El término sexualidad en amplio sentido consiste en las condiciones de la persona, que le caracterizan como varón o como mujer. Se la llama también masculinidad o feminidad y abarca los caracteres sexuales psíquicos y físicos, las conductas sociales masculinas y femeninas, y la conducta sexual. Con frecuencia, el término sexualidad se emplea para referirse a un aspecto determinado de la misma: el de la conducta sexual. Este concepto de sexualidad en sentido estricto, que es el que interesa para nuestro tema, consiste en la conducta de actividad sexual del varón y de la mujer a partir de la pubertad. Desde una perspectiva meramente biológica, la sexualidad en

sentido estricto es el conjunto de comportamientos relativos al instinto sexual y a su satisfacción, sin embargo, este concepto de sexualidad es aplicable a diversas especies del reino animal, pero no lo es a la especie humana. La sexualidad humana trasciende la expresión biológica y llega a ser con frecuencia, más que una expresión instintiva, la expresión de la totalidad psicofísica del individuo. (Abbate, 1997).

Ahora bien, es necesario desarrollar algunos aspectos de cómo se medicaliza la sexualidad. Como ya hemos visto, Michel Foucault (1977) define la medicalización como el conocimiento médico aplicado a una serie de comportamientos, sobre los cuales la medicina ejerce un control, aunque éstos no sean de modo autoevidente campo de intervención médica. Por su parte, Susana Rodríguez (2008) nos explica que escudándose en la objetividad que tiene como ciencia, la medicina acaba por dar recetas de vida buena que se presentan como ciertas e indiscutibles, utilizando categorías que no son neutrales sino, más bien, expresión de cuestiones de carácter moral, político y social; lo que permite hacer de esta ciencia una herramienta para el control social, que acaba por socavar la autonomía de las personas que dependen cada vez más de medios institucionales a la hora de decidir acerca de sus hábitos, pues son instancias exteriores a ellos/as las que les proporcionan criterios de comportamiento y normalidad. La sexualidad es uno de esos comportamientos que no escapan al control del saber/poder médico; la sexualidad se medicalizó cuando la psiquiatría, como arma moral de la medicina, desempeñó un papel central a la hora de desarrollar la idea de que algunos comportamientos sexuales son expresiones de enfermedad (Blech, 2005, citado en Rodríguez, 2008). Como estamos viendo, en este caso la medicalización de nuestra sexualidad implica que buena parte de nuestro comportamiento sexual pueda ser sujeto a controles médicos.

Michel Foucault, nos amplía la mirada sobre el control social de la sexualidad desde todas las relaciones de poder, cuando nos dice que

No hay que describir la sexualidad, como un impulso reacio, extraño por naturaleza e indócil por necesidad a un poder que, por su lado, se encarna en someterla y a menudo fracasa en su intento de dominarla por completo. Aparece ella más bien como un punto de pasaje para las relaciones de poder, particularmente denso: entre hombres y mujeres, jóvenes y viejos, padres y progenitura, educadores y alumnos, padres y laicos, gobierno y población. En las relaciones de poder la sexualidad no es el elemento más sordo, sino, más bien, uno de los que están dotados de la mayor instrumentalidad: utilizable para el mayor número de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias. (1977: 126).

En este sentido, Marbella Camacaro nos explica, que particularmente la sexualidad de las mujeres ha sido controlada desde el saber/poder médico, en virtud de la percepción absolutamente esencialista y biologicista, que se ha construido de sus cuerpos. Esta autora nos dice que

Se ha aceptado como “natural” reducir la sexualidad de las mujeres a los aspectos reproductivos y por lo tanto a la maternidad. Esta manera de ver la sexualidad de las mujeres como una función supeditada a la reproducción, les niega a menudo el derecho al erotismo y al placer. A las mujeres se les reserva como placer más sagrado, el ser madres y cuidar a sus hijos e hijas. (2020:22).

Una de esas formas de control de la sexualidad femenina, ha sido instrumentalizada con las técnicas de reproducción asistida, pues sin duda alguna han marcado pauta como uno de los avances tecnológicos que modifican los comportamientos de las personas con respecto a su sexualidad, al “desanclarla” de la reproducción, configurándose estilos de vida diferentes y nuevas formas de vivir la sexualidad. En este sentido, la sexualidad deja de ser impulso/deseo sexual para transformarse en un constructo social, donde operan campos de poder que han invertido en desarrollar dispositivos para controlar al cuerpo social. Así, y como lo señalan Grau y Fernández,

Las técnicas de reproducción asistida contribuyen a la disociación entre sexualidad y reproducción, al permitir la procreación sin necesidad de mantener relaciones sexuales. Una de las consecuencias de la reproducción sin sexo es la distinción entre paternidad/maternidad social (las personas que quieren ser padres/madres), maternidad biológica

(padre/madre biológicos), y paternidad/maternidad genética (los donantes de esperma, óvulos o embriones). (2015:3).

En este orden de ideas, la sexualidad como un aspecto que reinscribe en algunos casos la asociación sexo-procreación, tiene efectos disciplinantes sobre las parejas heterosexuales que no cumplen con el mandato de la fertilidad. Este constituye uno de los aspectos que mayor desgaste produce en las parejas heterosexuales, porque los tratamientos que se centran en la intervención de la relación sexual terminan normando y medicalizando no sólo la reproducción sino también la sexualidad. El uso de las TRHA conculca un derecho humano como le es la Salud Sexual y Reproductiva y el disfrute de una sexualidad plena y satisfactoria, lo cual es completamente invisibilizado en las consultas médicas de fertilidad.

Las mujeres (y sus parejas) que se someten a procedimientos de fertilidad pueden sufrir especialmente las consecuencias de esta falta de abordaje. Aunque en un principio el deseo reproductivo pueda actuar como inductor del deseo y de la frecuencia sexual, el camino que se inicia suele acabar, –tal como ya hemos comentado anteriormente al hablar del VIACRUCIS–, en disfuncionalidad sexual o en otras consecuencias derivadas de la pérdida de la dimensión más humana de la sexualidad, y de los vínculos eróticos y afectivos (Moreno-Rosset, 2008; Izzedin-Bouquet, 2011; Revilla, 2012). Así, la infertilidad puede conducir a problemas y disfunciones sexuales por diversas razones: 1) La “obligatoriedad” de tener relaciones sexuales durante el periodo fértil para conseguir el embarazo puede hacer que tanto el hombre como la mujer dejen de percibir las relaciones como un modo de conectar y de disfrutar con la pareja. Así mismo, los procesos diagnósticos y terapéuticos llevan consigo una pérdida de la intimidad de la pareja, que queda expuesta al personal sanitario; 2) La imposibilidad para lograr el embarazo también puede provocar sentimientos de enfado, culpa, disminución de la autoestima, deterioro de la autoimagen sexual, estrés o depresión, tanto en la mujer como en el

hombre. Todo ello puede provocar una disminución del deseo sexual en uno o en ambos integrantes de la pareja, así como otras disfunciones.

Tal como lo refiere María Cecilia Johnson

Otro aspecto clave donde la medicalización de los cuerpos se vive de forma invasiva mediante las técnicas de menor complejidad, es la sexualidad. Particularmente es un área donde se vive con gran malestar en las parejas heterosexuales en el primer momento del tratamiento dado que las relaciones sexuales están programadas. En este sentido para aquellas mujeres usuarias que cuentan haber realizado tratamientos con ginecólogos y especialistas de fertilidad, resultan las experiencias de mayor incomodidad y control sobre todo en el aspecto sexual: la sexualidad se vive de forma “impuesta”, “programada”, “con un fin”, “repetitiva”, lo que resulta cansador y negativo para la pareja. La intromisión y el control de la sexualidad, es uno de los lugares disciplinantes donde la medicina continúa operando, particularmente cuando menor es la complejidad de la tecnología reproductiva y mayor es la tecnología médica del consultorio. (2019:52).

De allí que, según la psicología de la reproducción, cada nuevo ciclo de tratamiento represente un nuevo estresor para la pareja, y el tiempo de implicación en el proceso diagnóstico-terapéutico esté relacionado directamente con los niveles de frustración y tensión, todo lo cual se relaciona a su vez con la vivencia y calidad de la sexualidad, así como con la relación de pareja. Parece sensato proponer entonces, que se incluya el abordaje de la sexualidad en las parejas que se someten a estos tratamientos de fertilidad, y que se incorpore como parte del protocolo de atención al principio, durante y después del tratamiento, de modo que permita contribuir a que la pareja viva una sexualidad verdaderamente humana y una procreación médicamente asistida mucho más inclusiva.

## **Los riesgos detrás de la fertilización asistida: ¿Poner la vida en manos de la ciencia médica es realmente necesario?**

*La infertilidad es vivenciada por las mujeres que la padecen  
como un proceso de profundos dolores y sentires.  
Zoe Díaz Bernal*

Para continuar abordando el aspecto del cuerpo, partimos de reconocer que existe un cuerpo físico que manifiesta una dificultad reproductiva, y que desde ahí se deriva en una competencia de las ciencias médicas por apropiarse del cuerpo femenino a partir del componente biológico, partiendo de su diferencia sexual con respecto al hombre. El cuerpo femenino, es un cuerpo físico que ante la imposibilidad de cumplir con aquello que se espera, “debe ser intervenido con tratamientos”, trascendiendo a una competencia social a partir de que también podemos señalar la existencia de un cuerpo socio-genérico, en el que se inscriben mandatos genéricos que interpelan al cuerpo físico.

Este cuerpo que, como ya hemos venido comentando, se significa y es genérico, se construye desde lo sociocultural. La corporeidad demarca las rutas del padecer transitadas por las mujeres ante un fenómeno de infertilidad. De esta forma el cuerpo es una categoría que también contribuye a la construcción del padecimiento sobre la infertilidad. De allí que, desde la perspectiva del sufrimiento físico y el dolor al que se somete el cuerpo con tal de cumplir el propósito de la maternidad, analizaremos un problema complejo y multidimensional como es la necesidad de las mujeres de acceder a las TRHA ante la no consecución biológica del embarazo buscado, y cómo desde el discurso médico queda reducido a su dimensión orgánico-fisiológica, ocasionando importantes consecuencias en la salud y en la vida de estas mujeres.

Además, es importante considerar, como ya hemos mencionado, que las mujeres que optan por tratamientos de fertilidad para cumplir con el mandato social, son

mujeres con cuerpos sanos, con cuerpos que no manifiestan dolencias físicas de ningún tipo; pero como el cuerpo actúa en este caso como el medio para la instrumentalización de lo socialmente demandado, simplemente deviene en un cuerpo que termina por considerarse enfermo. Tal como lo plantea Lucía Ariza

En la literatura que trata sobre procesos de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad desde el punto de vista de las personas que los atraviesan, se ha sugerido que los individuos adquieren mayor conciencia de su ser corporizado cuando su cuerpo tiene un funcionamiento irregular. Sin embargo, es importante recordar que la infertilidad es una dolencia con la particularidad de que, a diferencia de muchas otras, no siempre (y más bien pocas veces) causa malestar físico antes de ser diagnosticada. Independientemente del punto de vista clínico, la infertilidad es, en general, una dolencia imperceptible (e inexistente) hasta que no se presenta el deseo de procrear; la posibilidad de que exista una dificultad reproductiva tanto a nivel individual como de la pareja es una intuición cuyo único “síntoma” es la ausencia de un embarazo buscado. Se trata, por lo tanto, de una dolencia silenciosa y clínicamente irrelevante hasta tanto no se busque la descendencia, pero cuya aparición marca un incremento de la conciencia corporal, así como de la distancia entre los deseos y proyectos de la persona y la respuesta del cuerpo. (2014:49-50).

El cuerpo de las mujeres con infertilidad, al pasar por los diferentes procesos de tratamientos o estudios, no deja de expresarse. Dentro del terreno de la tecnología, comúnmente el cuerpo se convierte en una “máquina receptora”, en la cual los sentires expresados no son del todo observados, ni mucho menos aceptados por la ciencia médica. Podríamos considerar como parte del conjunto de los sentires al Dolor, pues su presencia es común, ya que se expresa en todo momento de la vida de las mujeres infértiles, y por tanto, es perentorio pensar cómo viven el dolor físico (sin desvincularlo del dolor psíquico), tomando en cuenta que se soportan sufrimientos inéditos porque no pueden (o deben) aceptar la condición que les tocó: la infertilidad.

Se entiende como Dolor a la sensación (sensorial y emocional) desagradable que surge ante un daño físico; es una señal subjetiva que permite identificar cuándo hay un problema en el organismo. La forma de percibirlo se ve afectada por factores

socioculturales, genéticos, moleculares, celulares, fisiológicos y psicológicos, y todos ellos van a estar relacionados entre sí (Pérez, 2020). En todo proceso de tratamiento, al ser manipulado el cuerpo, de una u otra manera, el dolor está presente.

Es conveniente mencionar que el dolor, desde nuestro mundo moderno occidental, es visto como un problema médico; es decir, el dolor es sólo una señal particular compleja que se transmite por los nervios desde el sitio donde se produce una lesión o herida, hasta el cerebro. La lesión o herida, crea en efecto el dolor y continua creando más dolor hasta que es curada o sanada, ubicando al dolor sólo en leyes generales que gobiernan nuestros cuerpos (la anatomía y la fisiología) dejando a un lado la cultura. Esto es, la cultura en que vivimos y nuestras experiencias y creencias personales más profundas son invisibles para el contexto médico. De hecho, la medicina, por la posición dominante que tiene en nuestra cultura, propende automáticamente a suprimir o a neutralizar todas las otras voces que disienten al respecto. Por tanto, el dolor físico podríamos entenderlo como lo explica Morris (1994) como el *Dolor Evidente*, es decir, el dolor concreto, algo aceptado, un proceso normalizado dentro de cada tratamiento o estudio médico. En consecuencia, el personal médico a veces tiende a separar a las mujeres con infertilidad de sus sentires, dando una especie de anulación de la experiencia del dolor de cada sujeta, sin entender que este dolor no es sólo mera creación de la anatomía y fisiología, sino que emerge en la intersección de cuerpo, mente y cultura. El rescate de dicho dolor fue nombrado por Morris (1994) como el *Dolor Viviente*, el cual se define como el dolor experimentado más allá del cuerpo físico y que no es reducido tan solo a impulsos nerviosos, sino que más bien, contiene siempre, en lo íntimo, el encuentro humano con el significado.

Precisamente, cuando las mujeres con diagnóstico de infertilidad pasan por cada una de las etapas de cualquier estudio o tratamiento médico, el dolor viviente es uno de los fenómenos no reconocidos y, por tanto, no entendidos por quienes las están atendiendo (los/as médicos/as). Lo anterior, se debe a que el dolor viviente no es palpable, sino que es parte del conjunto de representaciones simbólicas, pues su construcción está permeada por la cultura; y por el contrario, el dolor físico o evidente, como es palpable, es visto y reconocido (a veces) por los/as médicos/as y principalmente por las mujeres que optan por estos tratamientos.

Para complementar lo anterior, y parafraseando a Mayra Chávez (2008) sería conveniente trabajar el tema de los dos dolores. En las sociedades occidentales el dolor ha sido dividido en dos tipos: el físico y el mental, lo que nos recuerda el dualismo de cuerpo y mente. El cuerpo produce el dolor físico y la mente el dolor mental. Esta forma de percibir el dolor, nuevamente lleva a despersonalizar al cuerpo; es decir, no se considera la percepción que la persona tenga al momento de presentar, ya sea un dolor físico o mental. Cuando se da la presencia de cualquiera de los dos dolores, no se puede negar la necesidad de ofrecer medicamentos. A los médicos les debe parecer conveniente o incluso necesario, recetar una droga para el dolor físico y otra droga para el dolor mental. Como sugiere Morris (1994) “sí el mito de los dos dolores ayuda a que los médicos alivien a pacientes que luchan con una enfermedad crónica, vale la pena conservarlo sólo por esa razón” (p.12).

De este modo, las mujeres, haciendo eco del discurso de la ciencia que contribuye indirectamente a fomentar la demanda para conseguir descendencia, le entregan sus cuerpos para ir construyendo diversos sentidos en torno a la técnica y la instrumentalización del proceso reproductivo, en lo que algunas autoras (Luna, 2013; Johnson, 2019) llaman “poner el cuerpo”. Indudablemente, son los cuerpos de las mujeres los que sufren las consecuencias que los distintos estudios y

tratamientos pueden tener en su salud, y que se expresa en experiencias de malestar y dolor físico, lo cual es aún más evidente en mujeres heterosexuales (aun cuando sea su pareja quien tenga el diagnóstico), ya que en el marco de una pareja heterosexual, generalmente se da un itinerario médico donde se utilizan de manera progresiva tecnologías de menor a mayor complejidad hasta obtener los resultados deseados, lo cual puede implicar un largo transitar de dolor y sufrimiento para las mujeres (no solo físico sino también psíquico), que no es azaroso, sino que corresponde al marco normativo y a los protocolos médicos que definen el punto de inicio y el grado de complejidad requerida para cada situación, pero en el que siempre padecen las mujeres. En el caso de los varones (las parejas de las mujeres bajo tratamiento reproductivo), la mayoría de ellos manifiestan una especie de indiferencia al dolor físico, lo que indudablemente tiene que ver con el tipo de invasión a sus cuerpos, pues los estudios y tratamientos que les corresponden, no son tan invasivos, en comparación con los que se aplican a las mujeres.

Como señala Carolina Pesino

Una importante cuestión relacionada con el cuerpo femenino es el dolor, ya sea desde su función natural hasta la de quienes se exponen a los tratamientos de estimulación ovárica, bastante cruentos y peligrosos. El cuerpo sano del hombre, desde el punto de vista biológico, no le produce dolor, es solo el cuerpo femenino el que está sometido a dolor sin sufrir alguna enfermedad. (2020: 98).

Por otro lado, está la figura construida, el mito de la “buena madre”, revestida de toda una serie de atributos, cualidades y actitudes, conformando un modelo al que se supone que las mujeres que aspiren a serlo adecuadamente, deben ajustarse. En ellas, el espíritu de sacrificio, la capacidad de entrega, la renuncia, la relegación de los propios intereses a un lugar secundario y el tener que soportar el dolor, son los elementos que pueblan su imaginario. Tal como señala Enrique Criado, el esquema simbólico de la buena madre

(...) se caracterizaría por su capacidad de entrega, de sacrificio. La buena madre sería la que renuncia a sí misma para conseguir el bienestar de su familia, dedicando todo su tiempo y esfuerzo a este objetivo. Según este esquema la buena madre no miraría por sí misma, sino por su familia; se sacrificaría en ella misma —en su cuerpo, en su tiempo, en sus deseos— antes que faltar a las necesidades de su familia. Este esquema de la entrega tiene como punto simbólico privilegiado el cuerpo y su sacrificio —por el dolor y por el desgaste— en el parto. (2004:96).

Todos estos elementos influyen en las experiencias eventualmente penosas de las mujeres. Desde el momento en el que se realizan las pruebas, pasando por los distintos momentos del tratamiento, hasta el embarazo y el parto, se espera que sean abnegadas y que asuman el sufrimiento y el dolor como algo natural y propio de nuestra condición femenina, y en efecto, así terminan asumiendo el dolor: como algo que se puede (y se debe) soportar.

A continuación, algunos de los discursos de nuestras informantes que dan cuenta de aquello a lo cual nos estamos refiriendo:

Informante N° 1: “ (...) recuerdo por lo menos de la primera experiencia me tocó en varias oportunidades empezar lo de la estimulación, suspender y esperar nuevamente para volver a iniciar, porque en esa oportunidad se formaban folículos que podían ser hemorrágicos entonces debían de suspender (...) Es muy doloroso, es como tener constantemente como un dolor de ovario bastante fuerte, este, la parte de las hormonas de verdad que hacen su efecto porque a uno le da así como igualito los calorones y aunque está haciendo frío, te bañas en sudor(...) al principio los resultados parecían estar dando un positivo, pero pasado el fin de semana me empecé a sentir mal, empecé a sangrar, se me empezó a distender el abdomen, empecé a sentir malestar general, a presentar fiebre (...) En la segunda experiencia la complicación, bueno que fue más allá porque bueno, cuando ellos me intervienen y sacan ese ovario, o sea fue porque bueno en ese momento fue mal manejado, porque los ovarios, el aspecto que tenía el ovario era debido a la hiperestimulación y ellos no debieron haberlo sacado, pero bueno como fue manejado por un cirujano y no por un ginecoobstetra, bueno pues fue sacado. Ahí caí en una de las complicaciones que ellos te dicen, acuérdate que por lo de la parte de la hiperestimulación puedes complicarte y perder un ovario. Y bueno, otra de las complicaciones son las hemorragias, y en esa segunda oportunidad se me produjo esa hemorragia, cuando me quitaron el ovario (...) En la tercera experiencia, durante la cesárea estuve súper atenta, acuérdate que ellos te colocan la anestesia epidural y

*tú estás consciente, ¡ah mi primer niño lloró, mi segundo niño lloró, mi tercer niño lloró!, todo estaba chévere, ahí cerraron, salí, fui a recuperación, cuando estoy en recuperación es que empiezo a sentir las hemorragias, empiezo a avisar y me dicen: «¡no tranquila, es solo un sangrado!» (...) fíjate que insistí mucho y comenzaron a revisarme y a limpiarme, una experiencia súper horrible, y continuaba, se detenía y después al rato continuaba, llegué a tener la hemoglobina en 3, tuve que ser politransfundida con todos los derivados, a las pocas horas tuve que ser reintervenida y tuvieron que hacerme una histerectomía total, entonces tengo ahorita lo que se llama una menopausia quirúrgica. Incluso pensaron en una tercera reintervención, lo que pasa es que ahí si logré estabilizarme y logré reaccionar; yo estuve en cuidados intensivos varios días.”*

*Informante N° 2: “ (...) a mí me hicieron el drilling ovárico y salí embarazada, ok, pero cuando tenía 14-15 semanas presenté una hemorragia, en la cual me vi gravemente, ahí si me vi muy, muy pero muy mal, estuve en cuidados intensivos, en shock hipovolémico, pero en ese momento fue muy traumático también porque, este yo perdí un gemelo; me tuvieron que hacer un cerclaje, que te cierran el útero, para lograr al otro gemelo, a los 5 días el otro gemelo también se vio comprometido por el shock hipovolémico, porque si yo padecí el shock, él también lo padeció, también fallece, entonces quitarle el cerclaje a uno, o sea, se presenta de nuevo la hemorragia a los 5 días (...) después de eso vinieron unas hemorragias, me imagino que ya la fibromatosis estaba acelerada y se suscitaron muchas hemorragias, en las cuales, estando en el trabajo tenía que salir de emergencia a la clínica, mis compañeros de trabajo me tenían que llevar, y entonces me tenían que estar transfundiendo muy seguido (...) cada vez que yo sentía que la regla me iba a venir para mí eso era un susto y eso me fue desgastando, cada año pues me sentía más cansada, más debilitada, y se me fue deteriorando la salud pues, y entonces claro duré años que de verdad hice un esfuerzo, pero ya cuando vi que la condición de salud yo no veía mejoría, que cada vez me estaba deteriorando, pues bueno, uno espera hasta lo máximo, hasta lo más que yo pude aguantar, cuando yo vi que ya no aguantaba, me tuvieron que suspender las reglas para evitar que sangrara, mientras estaba en otros procedimientos y otras investigaciones, pase por no sé ni cuantos médicos hasta que por fin bueno, tuvieron que hacerme la histerectomía (...) a mi lo que me llevó a tomar la decisión fue que yo vi que mi condición ya yo no podía con mi cuerpo, de verdad con el dolor de mi alma que eso me llevó, yo tuve que tomar una decisión, porque ya yo me sentía muy mal de salud, pero mal, mal, o sea yo me sentía fatal.”*

*Informante N° 3: “(...) bueno, yo tuve dos reposos, porque sangré y la doctora me dice «¡mira todo está bien, apenitas hay una parte de la placenta que hay como que si se despegara, pero no tienes dolor, no tienes nada, yo pienso más bien que es entrada de mes y sangraste!»», porque hay personas que de repente cuando le*

*tocaba venir regularmente su periodo sangran, y entonces ella piensa que pudo haber sido eso, luego al siguiente mes volví a sangrar y nada, ella me siguió el reposo (...) riesgos que hay en cualquier embarazo normal.”*

*Informante N° 4: “(...) me hice una histerosalpingografía que era ver como estaban las trompas, que eso en ese momento no había anestesia y me lo tuvieron que hacer sin anestesia, y yo aguante el dolor, o sea, empezó como un proceso fuerte físicamente (...) luego, [durante el embarazo] la niña se implanta muy cerca de un vasito y yo siempre sangraba, entonces yo pasé todo el embarazo acostada porque sangraba (...) la cesárea, tuvo que ser de emergencia porque hubo un sangrado.”*

*Informante N° 5: “(...) dentro de ese periodo, yo tuve un embarazo en donde me hicieron un legrado, el embarazo fue, ese fue con un in vitro, en el primer in vitro, ese embarazo se dio, sin embargo a la semana 10 ya no había latido (...) después tuve un embarazo ectópico, antes de mis hijos, tuve ese embarazo ectópico, que fue natural, sorpresivamente, la verdad es que casi me muero, porque hubo el rompimiento y tuve una hemorragia interna, me desmayé en la calle, mi esposo no estaba, estaba sola, menos mal que estaba en un centro de salud, bueno ahí me atendieron, todo eso, llegó mi esposo y me llevaron de emergencia, me operaron de emergencia, eh no sé, perdí no sé cuántos litros de sangre porque la hemoglobina me llegó a 4, estuve de reposo como 4 meses posteriores porque la verdad es que me hicieron 2 transfusiones, fue repentino (...) y todo el mundo ¡Ay pobrecita!, que ¡ay mira, cuando sale embarazada y le pasa esto! (...) yo de verdad que había perdido un poco la fe y el médico me dice, «¡vamos a intentarlo otra vez, ven, vamos a intentarlo otra vez, inténtalo esta vez, yo estoy seguro de que!», entonces bueno, y mira que si resultó (...) ya en los 3 primeros meses estuve de reposo por cuidado extra ok, ya tenía 8 años intentándolo, ya tenía 42 años, o sea, no me iba a arriesgar después de tanto, entonces estuve de reposo, tuve como una manchita, una cosa (...) 2 semanas antes de dar a luz, ya si esas últimas semanas yo presente una hipertensión arterial, hice un síndrome de HELLP, luego me compliqué porque tuve también como una pérdida de sangre excesiva durante la cesárea, un desgarró, y me tuvieron que hacer una transfusión.”*

*Informante N° 6: “es un proceso que lleva que tu te pongas varias hormonas, porque inclusive cuando ya te hacen el contaje de cuantos óvulos puedes, entonces habia que estimular, es un proceso muy, donde te tienes que inyectar, que no se que, para luego tomar los ovulos más bonitos, y luego fecundar eso, todo ese proceso, verdad, fue un momento de mucho nerviosismo para mi (...) eran muchas las pruebas verdad, y la parte de sacar los ovulos era muy nerviosa, porque eso es en quirofano para sacar los óvulos (...) pero en ese momento si era incomodo, era incomodo, hasta un poquito doloroso, verdad, pero era algo aguantable pues, pero si creaba ansiedad, si generaba ansiedad, dolor, nerviosismo; y luego la inyección de las hormonas*

*tambien era incomodo, era incomodo porque tu andabas con la cava adonde fueras y pendiente de que la hora, bueno de que todo fuera perfecto porque tu no querias cometer ningun error, que por ti fuese a pasar algo pues, que saliera mal, entonces bueno ese nerviosismo y la ansiedad yo siempre la tuve con eso.”*

Las entrevistas realizadas a nuestras informantes, nos muestran que, además de la descripción de las molestias, sufrimientos y dolores físicos padecidos durante las distintas etapas del tratamiento, algunos incluso tan graves que las llevaron al borde de la muerte, se observan pasajes velados en los que se descubren sus disposiciones y actitudes hacia el dolor, toda vez que la mayor parte de nuestras informantes debieron pasar por más de un procedimiento, algunos de ellos sin éxito después de varios intentos.

De ello se desprende que, el modo en el que afrontan las experiencias (que anticipan como costosas en términos físicos) procede de sus vivencias de los procesos inherentes a su condición femenina, y en particular por su diagnóstico, hecho desde y por la ciencia médica. Esto es así, porque la maternidad (biológica) está cultural y experiencialmente asociada a cambios y sensaciones corporales intensas, en los que el dolor, vinculado fundamentalmente al momento del parto, se encuentra presente en nuestro imaginario, por lo que aunque puedan vivir las penalidades derivadas de los procesos de fertilización asistida como algo que se “añade” a lo que sería el curso natural de la maternidad, no deja de inscribirse en las representaciones acerca de lo que ésta implica.

Los relatos de nuestras informantes nos llevan además a reflexionar que, a pesar del denso manto de silencio y opacidad que cubre a los centros de reproducción asistida y debido a la falta de políticas del Estado venezolano en materia de Salud Sexual y Reproductiva que aborden este tema, en la actualidad se sabe que los métodos empleados para conseguir descendencia conllevan altos riesgos, o efectos

indeseados, para la integridad física y para la vida de las mujeres que se someten a estas prácticas.

#### Como lo señala Rafael Silva

Las pacientes infértiles tienen un riesgo aumentado de resultados obstétricos y perinatales adversos que dependen de los factores de infertilidad subyacentes previos y de factores inherentes a los tratamientos recibidos para lograr el embarazo. La edad materna, las patologías previas ginecológicas, hormonales, endocrinológicas, metabólicas y anatómicas funcionales son reconocidas como factores de riesgo para resultados adversos obstétricos y perinatales. Los tratamientos como la hiperestimulación ovárica y los tratamientos de reproducción asistida condicionan riesgos adicionales, especialmente por el aumento de embarazos múltiples que se generan con estas terapias. El aumento de la edad materna de pacientes tratadas por infertilidad y la necesidad creciente de tratamientos de reproducción asistida, determinan probablemente, un mayor riesgo futuro de complicaciones obstétricas y perinatales. Muchos de estos factores de riesgo pueden ser modificados y manejados antes de iniciar los tratamientos con la finalidad de mejorar el pronóstico para la madre y el recién nacido. La consideración de estos factores de riesgo y sus consecuencias en el embarazo son parte esencial del consejo reproductivo que debiera recibir toda paciente que se somete a tratamientos por infertilidad. (2021:196).

Así mismo, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), han indicado que

Los tratamientos para la infertilidad pueden conllevar peligros significativos para la salud tanto de la madre como del niño. Por ejemplo, un riesgo muy poco frecuente pero grave del uso de medicamentos para inducir la ovulación es el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO), que se caracteriza por un aumento en el tamaño de los ovarios y la acumulación de líquido en el abdomen. Por lo general, el SHO es autolimitado y se resuelve de manera espontánea luego de varios días, aunque los casos más graves pueden requerir hospitalización y cuidados intensivos. Además, algunas investigaciones (aunque no todas) sugieren que los tratamientos para la infertilidad pueden estar asociados con un mayor riesgo de cáncer de mama o ginecológico. Los tratamientos para la infertilidad han aumentado el índice de gemelos y nacimientos múltiples de alto orden, lo cual pone en mayor riesgo de resultados adversos de salud a la madre y los bebés. Incluso los nacimientos simples que resultan de la TRA se asocian a un mayor riesgo de bajo peso al nacer del bebé (< 2500 gramos). Los bebés que nacen de madres que reciben tratamiento con citrato de clomifeno, podrían estar en mayor riesgo de defectos congénitos. En general, se desconocen los riesgos para la salud a largo plazo en los hombres y las mujeres que reciben tratamiento para la

infertilidad y en los niños que nacen como resultado del tratamiento.  
(2014:6).

Cuando las mujeres se someten a estos tratamientos o incluso a los estudios médicos, los impactos o afecciones a nivel físico no son mínimos en términos subjetivos, sino que por el contrario, marcan el cuerpo simbólico de las mujeres. Esto es aún más evidente, cuando por ejemplo, en algunos casos y de acuerdo al diagnóstico médico, se da la necesidad de extraer algunos órganos internos del aparato reproductor de la mujer (como ocurrió con nuestras informantes N° 1 y N° 2 quienes debieron pasar por una histerectomía total) como consecuencia del manejo inadecuado de su infertilidad (acontecimiento que no sucede con los hombres, por la constitución biológica de sus cuerpos y la poca o nula intervención que se hace en ellos). Para ellas, la decisión de extracción o exéresis de sus órganos reproductivos, no representó en lo absoluto una curación a su “padecimiento”, sino que más bien se convirtió en un obstáculo más para su reproducción, que surge como consecuencia de los tratamientos a los cuales las han sometido. Está bien documentado que una de las indicaciones terapéuticas para la exéresis de órganos reproductivos, es el manejo de patologías hemorrágicas; sabiendo que a escala mundial la primera causa de muerte materna es la hemorragia ligada al proceso del embarazo, en particular la hemorragia del posparto (Aguilar y col., 2012) cuya incidencia aumenta en los TRHA.

Otra de las consecuencias que llegaron a vivir algunas de nuestras informantes al someterse a estos tratamientos, fue que tuvieron “gran” estimulación hormonal, llevándolas a tener embarazos de forma natural, pero que resultaron en embarazos ectópicos con las consecuencias físicas que implicaron (como ocurrió con nuestras informantes N° 1 y N° 5, quienes presentaron esta complicación). En este sentido y siguiendo a María Cecilia Johnson (2019), se evidencia que en la primera parte del tratamiento reproductivo, que implica la estimulación hormonal para una

producción extraordinaria de óvulos y su posterior extracción, resulta de las experiencias corporales más invasivas que las usuarias relatan, situación que se ve agravada al vivenciarse de forma repetitiva cuando el tratamiento no funciona. Sin embargo, por el modo en que los tratamientos suelen ser explicados por los especialistas en fertilidad, generan la expectativa en las mujeres de que las TRHA constituyen un procedimiento sencillo, sin que les quede claro todo el proceso previo de preparación corporal y hormonal para estimular la ovulación, ni las consecuencias derivadas de ello, ya que dicha estimulación es necesaria en cualquiera de las variantes de las TRHA [ya sea para el caso de las técnicas de baja complejidad (para poder lograr la inseminación artificial con éxito) o de alta complejidad (para la extracción de óvulos que serán fecundados in vitro)].

En el trabajo realizado por esta autora, y coincidiendo con el nuestro, se evidencia que aquellas mujeres que debieron pasar de forma repetitiva por diferentes tratamientos de alta complejidad, lo recuerdan como una experiencia negativa; mientras que aquellas usuarias que realizaron un itinerario más breve, con técnicas de baja complejidad son quienes relatan mejores experiencias con las técnicas en términos de invasión de sus cuerpos, al punto de considerarlo casi “natural”, y que en general las usuarias que comienzan con una búsqueda desde un diagnóstico de infertilidad, llegan a las técnicas de mayor complejidad habiendo realizado sucesivos intentos con diferentes tratamientos orientados a preservar la mayor cercanía con la “naturalidad” y la bioconexión (p. 50). Podría señalarse entonces que este recorrido predefinido se corresponde a una lógica de medicalización y control de los cuerpos de las mujeres (discurso médico) así como también de preservación de la familia heteronormativa (discurso social).

Es bien conocido que el tratamiento de estimulación ovárica tiene riesgos para la salud de las mujeres, ya que puede provocar el Síndrome de hiperestimulación

ovárica, que no es más que una complicación iatrogénica debida a una respuesta excesiva de los ovarios tras la administración de gonadotropinas exógenas. La incidencia del síndrome varía entre 3-6% de los ciclos de FIV en formas moderadas y 0,5-2% en los casos severos (Monzó, 2014). Al respecto, Natalia López Moratalla (2012) y los CDC (2014), señalan que como consecuencia, en sus formas severas, pueden aparecer diversos síntomas, como aumento del tamaño de los ovarios junto con el desarrollo de quistes, la extravasación aguda de fluidos fuera del torrente sanguíneo (ascitis, derrame pleural o pericárdico), desórdenes hidro-electrolíticos, fallo renal, dificultad respiratoria y episodios de tromboembolismo. Además puede provocar torsión ovárica, y hay un aumento del riesgo de preeclampsia. Algunos efectos –aumento del riesgo de placenta previa, desprendimiento de placenta y hemorragias– parecen deberse a que esta estimulación afecta a la implantación del embrión tras la transferencia al útero, puesto que es fundamental la función del endometrio alrededor del momento de la implantación. Por otra parte, el Síndrome de hiperestimulación ovárica aumenta el riesgo de abortos involuntarios, de pérdida de uno/a de los/as dos gemelos/as y de nacimientos prematuros.

También es sabido que las TRHA incrementan el riesgo de que se produzcan embarazos ectópicos, con todas las consecuencias que ello acarrea. En este sentido, Mena y col., (2004) han indicado que el embarazo ectópico tiene una incidencia del 0,9 – 2,6% de las gestaciones, que entre el 4 – 8% de embarazos ectópicos se producen tras el tratamiento por estimulación ovárica, y que en los tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad, su incidencia está entre el 2,1 – 9,4%, frecuencia muy superior a la observada en la población general fértil. Además, el pronóstico de embarazo ectópico es responsable del 2 al 5% de las muertes maternas por complicaciones, como shock hemorrágico, situación que tuvo que vivir una de nuestras informantes (Informante N° 5), pero que afortunadamente pudo superar.

Pero además, en nuestro estudio se evidencia que las mujeres que pasaron por tratamientos de alta complejidad presentaron embarazos múltiples, convirtiéndose automáticamente éstos, en embarazos de alto riesgo (Informantes N° 1, N° 4 y N°5). Los embarazos múltiples se clasifican como de alto riesgo debido a las complicaciones que pueden afectar a la madre y los fetos, ya que se asocian con trastornos hipertensivos, diabetes mellitus gestacional, anemia, polihidramnios, placenta previa, nacimiento prematuro, hemorragias preparto y posparto y muerte materna. De hecho, una de nuestras informantes (Informante N° 1) tuvo un embarazo de trillizos, con parto prematuro y hemorragia posparto que casi le provoca la muerte y que trajo como consecuencia la exéresis de sus órganos reproductivos (histerectomía total).

En 2014, los CDC indicaron que en mujeres que quedaron embarazadas luego de FIV, la tasa de recién nacidos vivos fue de 36% y una de cada tres tuvo embarazo múltiple (31%). Al respecto José Ceriani señala que

Está plenamente demostrado que el embarazo múltiple aumenta significativamente la mortalidad y morbilidad materna. La hemorragia materna, pre eclampsia y tromboembolismo, que están entre las principales causas de muerte materna, son más frecuentes en embarazos múltiples. También hiperemesis, anemia, diabetes, hipertensión arterial y operación cesárea. Asimismo, están descritas mayores dificultades emocionales y familiares en padres de múltiples, en especial de tres o más, como niveles altos de estrés, problemas financieros y divorcios. Un estudio evaluó cuidadosamente estos impactos y observó que los impedimentos para una adecuada calidad de vida en familias con múltiples eran significativamente mayores comparadas con las que tenían embarazos únicos. Resulta sorprendente que los efectos de la multigestación sobre la madre y sus familias reciban tan escasa atención, en la práctica médica y foros académicos, como en los medios; es como si no tuvieran importancia, cuando obviamente no es así. Sin duda, por su impacto y frecuencia, el mayor riesgo del embarazo múltiple es el significativo aumento de la prematuridad. Las evidencias muestran que la tasa de prematuridad es mayor en fetos múltiples de embarazos con TRA, en especial FIV, comparada con múltiples espontáneos y este efecto es mayor en edades gestacionales tempranas. De esta situación surgen todas las conocidas y múltiples complicaciones relacionadas con el nacimiento prematuro, tanto inmediatas (elevada mortalidad y morbilidad) como a largo plazo, con alta frecuencia de alguna secuela.

Asimismo, el riesgo de parálisis cerebral en prematuros gemelares aumenta cuatro veces con respecto a los únicos, pero no hay diferencias entre los concebidos por TRA y los espontáneos. (2011:194-195).

Por otra parte, vale la pena destacar que para las mujeres con infertilidad, conocer parte del funcionamiento de sus cuerpos y condiciones, las hace interiorizar e incorporar todos los exámenes y tratamientos dentro de su cotidianidad, los normalizan. En este sentido, es importante tomar en cuenta que la cantidad de repeticiones en la realización de los estudios o tratamientos, si bien depende del diagnóstico que presenten las mujeres, lo que si es cierto es que la experiencia no suele ser sólo una; por el contrario, se repite una y otra vez, pues cada estudio, según las normas de los mismos centros de fertilidad, tiene un promedio máximo de seis meses de validez (Linayo y col., 2021). Otro factor que interviene en la repetición de la realización de estudios, es que antes de cada tratamiento, es necesario que se realicen nuevamente algunos estudios con el fin de evaluar los resultados actualizados, lo que determinará proseguir o no con los siguientes tratamientos, es decir que, para cada tratamiento las mujeres se tienen que realizar nuevamente los estudios correspondientes, aunque éstos ya se los hayan hecho anteriormente, lo cual incrementa el dolor (evidente y viviente) así como los riesgos, dependiendo del tipo de estudio y/o tratamiento que se trate; lo cual se potencia aún más cuando ante la experiencia recibida en algún centro de fertilidad, las lleva a cambiar de médico/a y de centro, volviendo a iniciar todo desde el principio.

Con todo lo expuesto, podemos decir que la experiencia física es incuestionable y palpable; siendo el cuerpo un espacio vulnerable que constantemente expresa emociones como el dolor, tanto evidente como viviente. Esto indudablemente merma la calidad de vida de las mujeres, pues la cantidad de estudios y tratamientos por los que pasan, suelen ser extenuantes; sin embargo, lo interesante es que a pesar de ello, lo siguen intentando. La cantidad de tratamientos y estudios así como

el tiempo y el dinero que invierten en ellos, se convierten en parte de sus vidas, en una actividad cotidiana.

Podemos decir entonces que, paralelamente a la experiencia corporal de los diversos tratamientos y estudios, las mujeres van adquiriendo conocimientos prácticos de cómo son y qué tienen que hacer en cada proceso. Este conocimiento adquirido a través de la experiencia, al ser interiorizado por ellas como parte de su vida cotidiana, sobre todo en aquellas mujeres que llevan varios años en ese proceso, llega a convertirse en algo tan común, que se normalizan los procesos de las soluciones para la fertilidad y sus implicaciones tanto físicas, psicológicas y obviamente socioculturales. Es interesante observar que, a pesar de la “normalidad” de experimentar, una y otra vez el mismo tratamiento, las emociones y sentires corporales se siguen expresando y a veces de diferente manera.

Lo anterior nos hace pensar que los sentires corporales empiezan a adquirir significados importantes, pues al conocer qué es lo que les van a hacer o les están haciendo, se antepone corporalmente las expresiones y sentidos cargados de contenido cultural. En cada procedimiento para la búsqueda de la reproducción, priva la esperanza de lograrlo, siendo el centro de operaciones de las mujeres con diagnóstico de infertilidad su cuerpo: “La Máquina”; pero que sin lugar a dudas impacta en ellas desde el punto de vista psicológico. Al respecto, y en consonancia con lo que señala Leila Vecslir

Las mujeres que se someten a las TRA atraviesan tanto riesgos físicos como psicológicos: riesgos físicos como el síndrome de hiperestimulación ovárica o psicológicos como caer en un proceso depresivo para las mujeres que aun haciendo numerosos intentos no logran quedar embarazadas. En relación a esta cuestión, la evidencia médica es escasa. Las mujeres que recurren a la medicina reproductiva lo hacen motivadas fundamentalmente para evitar el riesgo de “quedar afuera de la sociedad”, esto es, fuera de los intercambios entre familias, fuera de los discursos que constituyen a las mujeres en madres en virtud del estigma asociado a la infertilidad. La sobreexposición del cuerpo femenino y sus posibles consecuencias de salud tanto física como psíquica, ha sido

abordado principalmente por autoras feministas que ven en las TRA una nueva configuración del mandato de la maternidad. (2017:15-16).

Por otra parte, es interesante considerar en relación con el control que toma el saber/poder médico sobre los cuerpos de las mujeres en virtud de su capacidad reproductiva para la aplicación de estas técnicas, si ello puede ser considerado como una forma de violencia de género contra las mujeres. Al respecto, vale la pena retomar nuevamente lo referente a los derechos sexuales y reproductivos. Las Conferencias Mundiales de la ONU celebradas en el Cairo en 1994 (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo) y en Beijing en 1995 (Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres: Acciones para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz) afirmaron el derecho a la "salud reproductiva" de las mujeres, considerada como una condición previa y necesaria para la consecución de una efectiva libertad reproductiva. En el Programa de Acción de la Conferencia del Cairo de 1994 se definió la salud reproductiva como "un estado general de bienestar físico mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, la libertad de procrear y decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia..." por lo que bajo esta definición podemos comprender que también abarca otros muchos aspectos que amplían el concepto, tales como: inclusión de la prevención y el tratamiento de la infertilidad; la prevención del embarazo indeseado y extemporáneo; y la protección frente a toda forma de violencia sexual contra las mujeres. (Idiakez, 2003).

Así mismo, y como resultado de los documentos emanados de estas convenciones internacionales, a las cuales nuestro país se suscribe, y tal como ya hemos descrito a lo largo del texto, en Venezuela se han desarrollado instrumentos que dan un marco de apoyo legal en esta materia, tales como la Norma Oficial para la Atención Integral

de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobada en Noviembre de 2003 (reformada en el 2013), y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia aprobada el 15 de Marzo de 2007 (reformada en el 2014), por supuesto, dentro del marco de lo que establece la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007/2014) se define en su artículo 14 que

“La violencia contra las mujeres a que se refiere la presente Ley, comprende **todo acto sexista o conducta inadecuada que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico, emocional\***, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado”.

\* Las negrillas son nuestras

A la luz de esta definición, y en el marco de las convenciones internacionales e instrumentos normativos ya mencionados, podríamos decir que, a pesar de que el acceso de las mujeres a las TRHA pudiera ser considerado como una alternativa dentro de los derechos sexuales y reproductivos para el desarrollo de su libertad reproductiva, lo cierto es que la intervención médica en el acto reproductivo y concomitantemente el lugar preponderante del poder médico en la manipulación excesiva de los cuerpos de las mujeres al aplicar los tratamientos reproductivos, que como señala López Moratalla (2012) “se trata de una experimentación humana que se mide en términos de eficacia de embarazo, que va cambiando los protocolos al ritmo de los daños que van produciendo, y con estudios previos en animales muy insuficientes”, evidentemente, se convierte en una forma de violencia contra las mujeres al mantener y reproducir el poder patriarcal-androcéntrico en el control de sus capacidades reproductivas.

Y, aun cuando no se encuentra tipificada en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007/2014) como una forma de violencia de género en contra de las mujeres (aunque si están contempladas otras formas de violencia contra las mujeres relacionadas a su capacidad reproductiva como son la violencia obstétrica y la esterilización forzada), tal como son aplicadas estas tecnologías, sin duda alguna, menoscaban la vida de las mujeres tanto física como psicológica y emocionalmente, por lo que constituyen una forma de violencia, basado en su definición. Por supuesto, esta forma de violencia pasa completamente desapercibida, ya que en nuestro imaginario, el saber/poder médico no debe ser cuestionado, pues como señala Mitjávila (1998), “la medicina técnico-científica logró obtener una preeminencia notoria basada fundamentalmente en su carácter de autoridad experta” (p. 2), lo que además se incrementa debido al deslumbramiento por la biotecnología y la confianza ciega en el progreso científico-técnico que además son altamente mediatizados.

Al respecto, sería interesante considerar la ampliación de las formas de violencia contra las mujeres derivadas de su capacidad reproductiva y proponer una tipificación que haga alusión a los derechos de las mujeres en relación con las TRHA, que pueda ser incorporada en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, ya que, y en consonancia con lo que señala Camacaro (2020) “se obligaría al Estado a diseñar políticas públicas que den respuesta a las necesidades de enfrentar la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres desde otro paradigma, con estrategias/programas/acciones y capacitación del personal de salud, que permitan concretar una atención no medicalizada, que rescate el proceso natural de la reproducción femenina y un trato que dignifique los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la vida de las mujeres y de sus hijos e hijas” (p. 40). De este modo, al estar incorporada la tipificación de esta forma de violencia dentro de la Ley, se podría iniciar el camino para el diseño de instrumentos

legales adecuados para el control de los tratamientos reproductivos en Venezuela, tal como ocurre en otros países.

Ante todo este panorama, es indudable que se necesita llevar a cabo mucha investigación para producir nuevos tratamientos para la infertilidad, que resulten más seguros y eficaces que los actuales (no invasivos o mínimamente invasivos) y se requiere también, mayor investigación para mejorar la seguridad y la eficacia de los tratamientos que hay disponibles en la actualidad. Además, dado el mayor riesgo para la salud de las madres y los/as hijos/as con relación a los partos múltiples, se necesitan lineamientos claros en los tratamientos, para reducir las posibilidades de este tipo de resultado. Pero sobre todo, se requiere hacer investigaciones para identificar y modificar los factores de infertilidad tanto femeninos como masculinos, así como realizar esfuerzos constantes para promover la salud general durante toda la vida, ya que como bien lo han indicado los CDC (2014) y autoras como Florencia Luna (2008; 2013), buena parte de la infertilidad tanto femenina como masculina, es prevenible. Al respecto, los CDC nos indican que

Aunque aún no se conoce la proporción de casos de infertilidad que pueden prevenirse, se sospecha que es considerable. Las causas posibles y establecidas de infertilidad incluyen anomalías genéticas, envejecimiento, ciertas enfermedades agudas y crónicas, factores de riesgo del comportamiento (por ejemplo, el peso corporal, tabaquismo, etc.) y exposición a ciertos agentes ambientales, ocupacionales e infecciosos. Un ejemplo de un factor de riesgo de infertilidad para mujeres y hombres que es reconocido y puede prevenirse son las infecciones de transmisión sexual (ITS) no tratadas. En particular, la infección de *Chlamydia trachomatis* aumenta el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) en las mujeres. Si no se la trata, la EIP puede causar daños estructurales o funcionales en las trompas de Falopio conocidos como factor de infertilidad tubárico. Se estima que el factor de infertilidad tubárico, que resulta a causa de la *Chlamydia trachomatis* o de otras infecciones como la *Neisseria gonorrhoeae*, afecta hasta a un 18 % de las mujeres que utilizan la TRA para tratar la infertilidad. Entre los hombres, se ha relacionado la infección por *Chlamydia trachomatis* con la uretritis no gonocócica, la epididimitis y bajos recuentos de esperma. (2014:11).

Esto nos lleva a reflexionar que deberían enfocarse todos los esfuerzos para realizar investigaciones que permitan abordar la prevención de la infertilidad por estas causas, así como el desarrollo de políticas de salud pública en salud sexual y reproductiva que estén orientadas precisamente hacia esa prevención; y que en caso de ser necesario acceder a las TRHA, los tratamientos no impliquen tantos riesgos ni para las mujeres ni para sus futuros hijos/as.

Además, teniendo en consideración que, como señala Camacaro (2020) las mujeres nunca han tenido protagonismo en la construcción de su propio ser en el discurso médico, y que a lo largo de la historia de la medicina se ha medicalizado y patologizado la vida de las mujeres, justificando la intervención médica y menoscabando la autonomía sobre sus cuerpos y psiquis, se necesita hacer mucha más investigación con perspectiva de género, con distintas poblaciones de mujeres (y hombres) que experimentan infertilidad, para ahondar en las distintas dimensiones que abarcan sus dificultades reproductivas, sin dejar de lado la investigación en materia psicológica y sobre el comportamiento, la cual podría ayudar a mejorar nuestra comprensión sobre las cuestiones relacionadas con los efectos de la infertilidad en el bienestar emocional y la calidad de vida de las mujeres (y también de los hombres) infértiles.

## **La vivencia/percepción de la atención médica.**

*No hay ninguna razón que pueda oponerse a la razón médica,  
y es raro que el médico recoja, de las manifestaciones de su paciente,  
algo que no pueda ocupar un sitio en el discurso médico.*

*Silvia Tubert*

Vivimos en una época en la que la medicina nos ofrece continuamente nuevas posibilidades fruto de sus avances en investigación. Sin embargo, también se están haciendo cada vez más audibles las voces de desconfianza hacia una ciencia que, en virtud de los principios en los que se fundamenta -como la especialización o la aplicación de protocolos estandarizados-, tiende a olvidar que no es posible entender cada porción de nuestro cuerpo sin tener en cuenta el conjunto del que forma parte, ni se puede comprender el padecer de las personas sin detenerse en su contexto cultural y personal.

En este sentido, vale la pena desarrollar brevemente lo que ha implicado la influencia del saber/poder médico en la medicalización del espacio social. Myriam Mitjávila (1998) nos explica que la colonización de la vida social por parte de la profesión médica no constituye una marca de distinción que haya poseído siempre ni de la misma manera; para esta autora, la medicina que conocemos hoy tiene menos de cien años de existencia, y sin embargo, la preeminencia que ha logrado en relación al conocimiento sobre las enfermedades y sus tratamientos está considerado como autorizado y definitivo, es decir, posee un monopolio que goza de aprobación oficial, que le da derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad en los seres humanos, y que la posición monopólica y la ampliación de las fronteras de la medicina ha sido el resultado de un proceso histórico en el cual participaron factores de diversa naturaleza (p.3). Aunque no forma parte de nuestro estudio profundizar en una sociología histórica del conocimiento y la práctica médica, no obstante, quisiéramos comentar concisamente los aportes de Illich (1975) y Foucault (1977) en relación con la comprensión de la medicalización del espacio social.

Para Illich (1975), el término “medicalización” se refiere a la expansión de los sistemas de salud en casi todos los campos de la sociedad moderna y la creciente dependencia de la población respecto de los servicios proporcionados por los/as profesionales de la salud e industrias farmacéuticas. Illich expone que la medicina moderna no sólo ya no se encarga de curar, sino que incluso viola su propio principio interno al producir nuevos daños: “inevitablemente produce daños clínicos superiores a sus posibles beneficios; tiene que enmascarar las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad, y tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente” (p. 9).

Para Foucault (1977), la medicina, puede ser considerada como un poder-saber: un saber al servicio del poder, y un poder que se vale de saberes concebidos como verdaderos e incuestionables; y define la enfermedad como aquello que en una época o sociedad concretas se encuentra medicalizado y esta medicalización sirve siempre para ejercer un poder y un control sobre un determinado sector de la población. Sin embargo, y como señala Rodríguez (2008) tanto la medicina occidental como la ciencia en general, son tan sólo sistemas de pensamiento y representaciones de la realidad, y no la realidad misma; y entendiendo que la medicina está vinculada con el conjunto de la cultura, la transformación de las concepciones médicas está condicionada por las transformaciones de las ideas de cada época.

Además, vale la pena mencionar que en el contexto del devenir histórico de la medicina, surge entonces lo que se conoce como Modelo Médico Hegemónico. Meneses (1988; 2020) entiende por Modelo Médico Hegemónico al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual logró establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas que prevalecían en los conjuntos sociales,

hasta lograr identificarse como la única forma de atender a las personas enfermas, siendo legitimado tanto por criterios científicos como por el Estado. Dicho modelo, se caracteriza por su biologismo, pragmatismo e individualismo, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación. Señala además, algunas críticas que se han hecho a este modelo a lo largo de los años, entre las cuales destacan: su excesiva mercantilización ante el constante incremento del costo de atención de las personas enfermas y, más recientemente, del costo de la salud; el estar cada vez más subordinada a la industria químico-farmacéutica y, en los últimos años, a las industrias relacionadas con la inteligencia artificial, robótica, biónica, nanotecnología y la telemedicina; la pérdida de eficacia biomédica respecto de ciertos procesos de salud-enfermedad-atención-prevención que, en gran medida, tienen que ver con el desarrollo de una medicina cada vez más desigual, así como con una creciente irresponsabilidad, burocratización, corrupción, derroches y “mala práctica”; y, la tendencia a focalizar los objetivos y los recursos del sector salud en los niveles secundario y, sobre todo, terciario, perdiendo paulatinamente importancia el primer nivel de atención, lo que se articula con una constante tendencia a la especialización, que reduce cada vez más la posibilidad de aplicar enfoques holísticos en el trabajo médico.

Este mismo autor (Meneses, 2020) hace todo un análisis de como la biomedicina opera cada vez más sobre el deseo e impulso sexual, sobre la fertilidad/infertilidad, sobre la selección de hijos/as por nacer, así como sobre el número de hijos/as a tener; señalando que desde que se comenzaron a desarrollar en varios países europeos y en EEUU las técnicas de reproducción asistida, su aplicación ha estado determinada por las normas sociales y/o políticas de cada país, y aunque no son los/as médicos/as quienes establecen esas normas, han sido los/as encargados/as de llevarlas a cabo.

En este orden de ideas, y partiendo de lo que han destacado muchas teóricas (Chodorow, 1984; Badinter, 1991; Tubert, 1991; Knibiehler, 2000; Fuller, 2005; Saletti, 2007) en relación con la idea presente en el discurso social de que todas las mujeres desean ser madres y que la maternidad es el acontecimiento más importante en la vida de las mujeres e indispensable para su realización personal, que no es más que una construcción ideológica que se fue naturalizando como parte del entramado cultural occidental; nos queda claro que, ha sido la medicina la encargada de mantener y perpetuar este ideal de maternidad en el discurso médico, a partir de la normalización y control del cuerpo femenino, con la fuerte medicalización sobre todo en lo que atañe a sus procesos reproductivos.

Además, siendo categorizada la reproducción humana desde este saber/poder médico como un evento biológico, excluyendo los aspectos sociales asociados a ella, dado que los/as médicos/as se centran sólo en lo primero y desechan los segundos como irrelevantes; es claro que, el dominio de los/as médicos/as para intervenir en uno de los procesos fundamentales de la vida como lo es la reproducción, han creado serios problemas de difícil resolución, más aun en el campo de las técnicas reproductivas.

Ahora bien, la relación que se forma entre el/la médico/a y las mujeres que acuden a estas técnicas reproductivas se puede definir como asimétrica, tanto desde el punto de vista del conocimiento sobre biomedicina y utilización de la técnica per se, como de los protocolos de acceso a este tipo de tratamientos. El/la médico/a no sólo es el/la experto/a al cual se le consulta, sino que en sus manos está la posibilidad que una mujer que entra en su consulta llegue a pasar por un tratamiento determinado o no. Así, el elemento que caracteriza la relación médico/a-paciente como asimétrica, es el poder que detenta la figura médica frente a la paciente.

Al respecto, María Isabel Blázquez señala que

(...) las formas en que se ordena la reproducción humana, y en que se conceptualiza su atención sanitaria, no solo responden a razones sanitarias, sino que están modeladas por otras, aunque sean revestidas de cientificismo. De modo que el análisis de género del proceso sanitario de atención a la reproducción nos puede mostrar el sistema de género que subyace, que nos hablan de la alienación, despersonalización y domesticación de las mujeres, produciendo y reproduciendo la subordinación de las mujeres, aunque nos parezca algo “natural” dentro de este fenómeno social. Así, podemos ver como el proceso reproductivo es controlado por diferentes grupos e instituciones, lo que provoca que su atención sanitaria, conceptualización y problemáticas, sean uno de los fenómenos que más han sufrido en cuanto a la manera de manejarlos, por las diferentes elaboraciones culturales que se han establecido en cada contexto histórico, socioeconómico y político. Observamos también el cuestionamiento que existe en relación con la asunción del proceso reproductivo como hecho universal, basado en su carácter biológico. Las interpretaciones de la biología realizadas por el cuerpo médico, como institución legítima para el control de la salud, la enfermedad y su atención, han naturalizado este proceso, configurándolo como un común universal en el tiempo, en el espacio, y en todas las mujeres, invisibilizando de esta manera el carácter sociocultural que lo define. (2005:13).

Como también lo explica Silvia Tubert (1991) “la dependencia de las mujeres con respecto a los médicos (y por consiguiente también de los médicos con respecto de las mujeres) ha aumentado considerablemente como parte del proceso de medicalización de la sociedad, y especialmente de la capacidad reproductiva de la mujer” (p.46). De allí que la percepción de las mujeres con respecto a la atención médica, más allá de sus vivencias en este mundo de la medicina reproductiva, no es cuestionada, muchas veces porque en el imaginario persiste que “la medicina invoca a la ciencia, y la ciencia es sinónimo de verdad, de manera que la medicina constituye un bastión que resiste toda clase de ataques y hasta su totalitarismo se tolera como un mal del que no cabe sino esperar un bien” (p. 23). Solo aquellas mujeres que han vivido una experiencia increíblemente dolorosa pueden llegar a derrumbar estos pre-supuestos.

A propósito de ello, a continuación presentaremos los discursos de nuestras informantes que develan la percepción que tienen acerca de la atención médica recibida en el curso de sus vivencias en reproducción asistida:

Informante N° 1:“(…) fueron demasiado desatentos hacia como exprimenta la paciente toda la vivencia al iniciar el tratamiento, durante el tratamiento y posterior al tratamiento (….) en las dos primeras experiencias bueno fue horrible y me sentí súper desatendida durante todo ese procedimiento, la atención hacia mí en esa parte, mira fue un trato poco humano verdad, porque para ellos el embarazo se da a partir de tantas semanas, y la experiencia pese a lo que para uno cónchale es algo tan deseado, a todo lo que uno pasa desde el punto de vista emocional y suceder el fracaso, bueno de verdad que el trato que te dan es poco humano, de verdad fue una experiencia súper horrible para mí, y traumática (….) lamentablemente, los centros privados no cuentan con una capacidad como para atender embarazos múltiples, para la fecha la mayoría de los centros privados habían tenido por casualidad eventualidades en sus UTIN, ellos lo que cuentan es con una sola cama y no estaban trabajando, y aparte de eso no tenía lo del seguro. Mira, intentaron conseguir cupo para los cuatro en Caracas, Aragua y aquí, y lamentablemente ninguna institución tenía como para recibirnos, ni tampoco querían recibirnos.”

Informante N° 2: “(…) como centro de fertilidad, pues muy frío, muy frío, muy tecnicista, podemos decir de algo muy técnico, hágase tal prueba, haga esto, cumpla con esto, y así, hasta ahí llegaba. El médico lo más seco posible que tú puedas tener, lo más seco, o sea, es una cosa donde no hay una relación para nada; yo me recuerdo que yo fui varias veces porque tenía las hemorragias, y me recuerdo que yo fui una vez, de tantas veces, y ellos ¿que tenían?, que llegaban hasta la fertilización, de ahí pa'lante usted tiene que buscar el obstetra, eso también fue duro; yo fui con el dolor de mi alma sangrando, manchando pues, no tenía una gran hemorragia en ese momento, y el doctor que me atendió ni siquiera se interesó, sino cuando pudo, «¡Mire hija, lo que se va a dar, se va a dar!» esas fueron las palabras del doctor, porque había mucha gente, que estaba muy ocupado, «¡Mire, lo que se va a dar, se va a dar!»”, no son palabras, yo creo que humanamente esas no son palabras para decírselas a nadie, ni en el peor de los momentos; a mí me parece que esa fue la peor cosa para mí, imagínate cómo voy, me siento de terror, cansada, con el dolor, asustada, y me dice eso, yo salí desmoralizada, desmoralizada (….) ellos se preocupan por lograr el embarazo y luego cada quien ve como resuelve, si tienes un embarazo muy normalito, ellos te atienden ahí, ahora cuando pasa a un embarazo de otro tipo, cuando se complica, ya de lejos, no sé si ahora tendrán una continuidad en sus pacientes, pero para ellos, su contabilidad era cuantos partos, cuántos niños, pero sobre todo si eran casos normales, claro, yo formaba parte de su contabilidad

*porque tuve dos, pero con casos especiales que como que se escapan de sus manos, ellos mira, más nunca, más nunca”.*

Informante N° 3: *“(…) mira la doctora de verdad a mi me atendió muy bien; yo llevaba todo con mi doctora que fue la que me hizo la inseminación, con la doctora yo llevé todo mi embarazo, ella me hizo la cesarea, todo, absolutamente todo, todo, todo, todo; me hizo la cesarea a las 38 semanas con 5 días y todo perfecto, incluso después ella sigue siendo mi ginecólogo pues.”*

Informante N° 4: *“(…) me fui para ese centro porque yo conocía al doctor por relación laboral anterior y éramos como amigos, no?, y yo tenía una amiga que era familiar de él (...) realmente el doctor fue muy sincero conmigo, yo no sé si él era así con todas las mamás porque sabes que no todas las personas, cuando tú eres relacionado a la salud, como él me decía, yo contigo no me puedo equivocar, yo contigo tengo que ser totalmente sincero, realmente desconozco si él era así con todas; por lo que veo con otras amigas, no le daban tanto detalle (...) el centro como tal, si te dice mira los primeros 3 meses son los más importantes, cualquier cosa que ocurra debes de venir, las complicaciones pueden ser estas, estas o estas (...) en ese momento para mí fue un gran apoyo de que ellos siempre estuviesen preguntando como iba, yo no sé si es porque yo era parte de la salud, para mí me pareció excelente, o sea, muy pendientes y siempre fueron como muy claros.”*

Informante N° 5: *“(…) hay muchos médicos comprometidos de verdad con querer cumplir el sueño de una familia, o de una pareja de ser padres, y hay otros que es netamente mercantilista (...) yo creo que la información no se da correctamente a las mujeres, sobre lo que puede pasar, lo que les puede pasar o el problema que puedan presentar, porque tú no lo sabes hasta el momento que dices quiero tener un hijo (...) tuve médicos a los que asistí a una consulta y dije no voy más porque era netamente mercantilista, todo era lo que costaba, el dinero, y lo que tu sentías, y el trato, o sea, me llegaron a decir «¡ay no, pero es que ya tu estas vieja!», con esas palabras, entonces un médico con una especialidad, con una subespecialidad, porque eres médico general, ginecoobstetra y eres especialista en fertilidad, no te puede decir a ti, «¡no, pero ya tu estas vieja!», «¡no, esos exámenes que me trajiste no sirven, te los tienes que hacer en mi laboratorio!», o sea, no, no es la forma.”*

Informante N° 6: *“En el segundo in vitro nos fuimos con un doctor, que mi ex tenía negocios con él porque bueno le hizo a él la parte de sistemas y broma, y entonces tenía un poco de confianza (...) esa gente allá estaba bien preparada para eso, bien preparada (...) tu no tenías que ir para ningún otro lado. Eso si yo me di cuenta, o sea, ya yo sabía que no tenía que salir para ningún otro lado (...) porque yo claro, sabía, la parte de biología molecular adelantadísima, todo el laboratorio de biología molecular super adelantado, ves; o sea, yo sabía que era aquí.”*

Los relatos de algunas de nuestras informantes nos revelan que la atención que les ofrecen los/as médicos/as especialistas en medicina reproductiva, se posiciona en una especie de abandono y frialdad, que se dirige básicamente a la atención de la infertilidad como enfermedad y no a la atención de las mujeres infértiles, como personas que vivencian un padecimiento que va más allá de lo orgánico. De hecho esta es la principal demanda de mujeres con problemas de infertilidad, la necesidad de atención en la consulta médica para el dolor que las envuelve; sin embargo, ésta se centra casi exclusivamente en los aspectos biológicos del problema presente y no establece un balance de estos aspectos con los de tipo psicológicos y sociales que dicho padecer les genera.

Al respecto, Cabrera y colaboradores han indicado que

En la literatura existe poca información explícitamente relacionada con lo que las parejas reciben por parte de las clínicas de fertilidad o del médico especialista para afrontar sus sentimientos y sensaciones ante el problema de fertilidad. Sin embargo, algunos estudios indican que la relación médico-paciente se encuentra francamente mermada, pues el trato por parte de los profesionales de la salud se posiciona en una especie de “frialdad médica”, donde solamente se atiende el aspecto biológico de la reproducción, sin atender otros aspectos, entre ellos, el psicológico, el social y el espiritual, que inciden en las esferas laboral y familiar de los pacientes. (2021:153).

También se puede develar en los discursos de algunas de nuestras informantes, que los/as médicos/as las mantienen al margen de lo que ocurre, al no brindarles de manera clara las explicaciones pertinentes, que les permitan conocer y comprender el porqué de los estudios y tratamientos a los que deben someterse y las alternativas a seguir para solucionar su padecimiento; señalan además, que las indicaciones brindadas por los/as médicos/as se dirigen hacia lo que deben hacer o al medicamento que deben tomar, sin dejar un espacio abierto para una reflexión y educación conjunta entre médicos/as y pacientes; y aun cuando todas nuestras informantes tienen formación académica profesional, la jerarquía del/la médico/a sobre las pacientes, siempre prevaleció.

Coincidiendo con el trabajo realizado por Zoe Díaz y Dailys García (2013) al realizar entrevistas a pacientes (parejas) que acudieron a los servicios de infertilidad de tres hospitales ginecobstétricos de La Habana, Cuba, con el propósito de conocer su experiencia vivida en cuanto al vínculo con los servicios de atención a la infertilidad y sus percepciones en relación con la gerencia y prestación de los mismos, estas autoras pudieron extraer que

(...) la interacción que se estableció entre prestadores y usuarios durante las consultas médicas, manifestó en todos los casos una relación vertical jerárquica por los primeros y subordinada por los segundos, que se caracterizó por: la decisión unilateral sobre las conductas médicas a seguir, los profesionales ofrecieron la información que consideraron pertinente sin indagar sobre las necesidades de los pacientes; se trató el problema de salud desde la perspectiva biomédica independientemente de las características individuales de las personas y en el proceso no se tuvo en cuenta la participación de la pareja. En el caso de las consultas ofrecidas en uno de los servicios, se observó la disposición del médico por explicar cuando las y los pacientes le hicieron alguna pregunta, lo que fue más frecuente que en el resto de los otros. En otro de los servicios, las explicaciones médicas aportadas por los profesionales se dirigieron a las investigadoras presentes en las consultas, a solas o en presencia de los pacientes, quienes en estos casos se obviaron (recibían las explicaciones a través de terceros). En la mayoría de las consultas observadas se apreció que los y las pacientes quedaron ocultos e invisibles tras el problema anatomofisiológico a corregir. En escasas ocasiones las personas fueron tratadas por sus nombres propios. Cuando concurren en pareja a la consulta, las mujeres fueron las identificadas por el personal de la salud, como las responsables por los tratamientos, aunque el factor de infertilidad fuera masculino: eran ellas quienes portaban los resultados de las pruebas diagnósticas, eran a quienes se les indicó y a quienes se les entregó. (2013:858).

Del mismo modo, en un estudio realizado por Elena Castañeda y Héctor Bustos en el cual participaron cinco mujeres con diagnóstico de infertilidad definitiva que acudieron a los Departamentos de Esterilidad e Infertilidad y Reproducción Asistida del Instituto Nacional de Perinatología en México, pudieron evidenciar que

La caracterización que las pacientes hicieron de la consulta, arroja información reiterada del alto grado de jerarquización en la relación médico-paciente expresado, particularmente, en falta de explicación respecto de los diagnósticos, intervenciones y tratamientos referidos a su caso; en poca o ninguna posibilidad de interlocución con el médico; falta

de espacio para las quejas o dudas que ellas expresan, así como que las narraciones que a veces llegan a hacer de su padecer no son incorporadas como dato a su historia clínica; crudeza para expresar diagnósticos que son determinantes para la vida de las pacientes. Lo anterior tiene importantes implicaciones en términos de la adherencia al tratamiento y por lo tanto, en la consecución de resultados satisfactorios en este proceso. (2001:129).

Así mismo, vale la pena destacar que los/as médicos/as especialistas en fertilidad, no siempre informan la totalidad de los riesgos a los que se exponen las mujeres al pasar por toda esta serie de pruebas y tratamientos, y si los informan lo hacen vagamente. La información de los riesgos debe ser obligatoriamente, parte de los protocolos de atención a las mujeres infértiles, lo cual además de hacerse de forma verbal, debe hacerse por escrito, y en caso que las pacientes acepten los riesgos, debe quedar asentado en un consentimiento informado.

El consentimiento legal e informado nace como exigencia de toda persona que participe en una “experimentación médica”, y su base se encuentra en el Código de Nuremberg del año 1947 con el fin de brindar una información suficiente y adecuada sobre los posibles riesgos producto de esa intervención médica. Existen varios convenios y documentos que tratan sobre el consentimiento informado entre los que figuran: la Declaración de Derechos Humanos (1948), los Convenios Internacionales paralelos de Derechos Civiles y Políticos, y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1975), la Convención Internacional para la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (1979) y la Convención Internacional sobre Derechos Infantiles (1989). Igualmente, en la Conferencia Internacional de la Población de El Cairo (1994) en la que se especificaron los Derechos Humanos Sexuales de la Reproducción y que, posteriormente, se reafirmaron en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Pekín en el año 1995. En Venezuela, el consentimiento informado está establecido en la Constitución y demás leyes de la República, y también lo contempla el Código de Deontología Médica en su artículo

69 (Uzcátegui y Toro, 2008). Sin embargo, a pesar que el consentimiento informado está consagrado en los documentos señalados, todavía hoy se continúa omitiendo o mal utilizando en muchos casos en la práctica médica cotidiana, y aún más en la práctica médica reproductiva.

El consentimiento informado respecto de las técnicas de reproducción asistida hace referencia a la obligación de proporcionar toda la información del procedimiento que se va a realizar, indicando a las mujeres que optan por ellos, los efectos que pueden sufrir. Su finalidad es asegurar que las mujeres estén conscientes de los riesgos, beneficios, así como las alternativas, y que han comprendido en su totalidad en qué consiste cada procedimiento, de manera que ellas puedan tomar una decisión completamente libre. Vale la pena aclarar que a pesar de haber firmado el consentimiento informado las mujeres pueden retractarse al no estar seguras del procedimiento del que van a formar parte, y que no deben ser presionadas ni coartadas a hacerlo (Vallejo, 2019). Aunque algunas de nuestras informantes confirmaron haber firmado los respectivos consentimientos informados en los distintos procedimientos que vivieron, es importante destacar que no siempre se sintieron totalmente satisfechas en relación con la información recibida o la toma de decisión en algunos casos. A propósito de ello, destacaremos lo señalado por Ana Zamora

Las técnicas de reproducción asistida deben contar obligatoriamente con el consentimiento informado, haciendo efectiva la relación médico – paciente, con el fin de dar a conocer todo lo que implica el procedimiento, sus ventajas, riesgos, es decir, poner toda la información al alcance de los intervinientes. El galeno tiene un papel preponderante, debe actuar en razón de la autonomía y dignidad del paciente y suya propia, puesto que todo acto médico, lleva consigo involucradas a dos personas, y debe informar con lenguaje comprensible, tomando en cuenta la capacidad de entendimiento de los pacientes. La autonomía de la voluntad, la dignidad humana y la confidencialidad, tienen un rol primordial en las técnicas de reproducción asistida, cada uno de estos principios deben ser acatados y respetados, pues estos procedimientos resultan complejos por utilizar material genético, además de la posibilidad de engendrar un nuevo ser, es entonces aquí donde el

derecho debe inmiscuirse para garantizar el proceso, pero más aún el derecho de libertad del ser humano. (2020:128).

En atención a lo comentado por esta autora, hay que considerar si realmente la forma como el/la especialista transmite la información a las pacientes en relación con el procedimiento y los riesgos que involucra, es la adecuada para su comprensión, y si además, eso que se verbaliza en la relación médico/a-paciente está contenido dentro del documento que deben firmar las mujeres como consentimiento Informado. Al respecto es interesante destacar las debilidades que se han encontrado en la redacción de estos documentos, tal como ha sido evidenciado incluso en países donde el abordaje legal de estas técnicas está mucho más avanzado que en el nuestro.

Así podemos ver cómo en un estudio realizado en España por Jorge Muñoz (s/f) para evaluar la calidad de los distintos documentos de información y consentimiento informado de los que dispone la Sociedad Española de Fertilidad para las TRHA, enfocándose en la legibilidad de la parte del consentimiento donde estaba la información del procedimiento y los posibles riesgos, con la finalidad de conocer si el documento es comprensible para un/a lector/a medio/a, se demostró que

(...) los documentos de Consentimiento Informado publicados por la Sociedad Española de Fertilidad relacionados con la reproducción asistida, obtienen bajas puntuaciones al aplicar indicadores de legibilidad. Teniendo en cuenta que estos documentos son de amplia utilización en el territorio español, y que son una pieza clave para los pacientes que recurren a técnicas de reproducción asistida estaría justificada una recomendación de mejora. Dentro de las recomendaciones de mejora se podrían destacar la importancia de usar oraciones más cortas, utilizar menos lenguaje técnico o sustituirlo por terminología más comprensible, e incluso añadir alguna ilustración explicativa. De este modo se podría garantizar una mejor comprensión de los pacientes. Por otro lado, es importante señalar que el documento de Consentimiento Informado debe ser, además de un requisito legal, un apoyo para la explicación verbal de la información que fundamenta el consentimiento. (s/f:24).

Por otra parte, del discurso de algunas de nuestras informantes se devela el hecho de que los/as médicos/as en su interacción con las mujeres, muchas veces se expresaron de forma inadecuada en relación con su condición. Expresiones como *“¡lo que se va a dar, se va a dar!”* o *“¡no, pero ya tu estas vieja!”* son absolutamente inapropiadas en el discurso de un/a médico/a, propiciaron el desencuentro médico/a-paciente (lo que motivó a las mujeres a buscar respuesta a su situación en otros centros, con todo lo que ello acarrea) e indiscutiblemente marcaron y afectaron aún más la emocionalidad de las mujeres que estaban transitando esta experiencia y que con tales expresiones encontraron una barrera más para lograr su deseo de maternidad.

A propósito de esto, Castañeda y Bustos (2001) refieren como hallazgo de su estudio, que en muchas oportunidades la relación asimétrica que existe entre el/la médico/a y las pacientes, se manifestó en la crudeza para expresar los diagnósticos, sobre todo al comunicar la no reproducción definitiva e incluso al dar por terminada su relación con las pacientes y decidir unilateralmente que no atenderá su caso, lo cual indudablemente afectó a las pacientes, siendo esto una evidencia más de que las posibilidades terapéuticas dependen de un solo polo: el sistema biomédico. Ante esta asimetría, las pacientes construyen una variedad de alternativas, desde la elaboración de explicaciones de su padecimiento en sus propios términos, hasta la búsqueda de segundas o terceras opiniones en ámbitos no necesariamente alópatas; y a pesar del diagnóstico médico recibido, no abandonaron la búsqueda del embarazo, pues dudar de la eficacia curativa del sistema biomédico implicaría cancelar las propias expectativas terapéuticas. (p.129).

Otro aspecto que se devela del discurso de algunas de nuestras informantes, es la falta de acompañamiento médico luego de la concepción. Muchos de estos centros de fertilidad que funcionan en nuestro país, sólo se ocupan de lograr el embarazo,

pero no lo controlan. Fueron las mujeres quienes debieron buscar al/la ginecoobstetra que controlara el embarazo y posteriormente se ocupara del parto, con lo cual no se le dio seguimiento al “producto” de la fertilización, sino que por el contrario abandonaron a su suerte a las mujeres, sin muchas veces conocer los tristes finales a los que se enfrentaron. Sin embargo, si cuenta para su estadística el haber logrado la concepción, pues los números se expresan como logros de la ciencia médica. Pero incluso, podemos ir más allá, y evidenciar la perversión que se oculta detrás de esa máscara de logros. Las mujeres cuyos embarazos logrados se complicaron, fueron totalmente olvidadas y abandonadas. De hecho, desafortunadamente, estos centros de fertilidad, contando con una increíble capacidad instalada y con tecnología de punta, no estuvieron preparados para atender las complicaciones ni de las madres ni de sus hijos/as a la hora de que se presentó la complicación, y muy probablemente todavía, ni el sistema privado de salud ni mucho menos el público, estén preparados para atender situaciones que se presenten cuando haya embarazos y partos múltiples, más aun cuando estos sean complicados.

Sin embargo, más allá de lo que hemos venido comentando en relación con el análisis de los discursos de algunas de nuestras informante, hubo casos relatados por otras de nuestras informantes en los que su situación fue totalmente diferente, no hubo complicaciones, y el trato para con ellas fue el adecuado, por tanto su percepción de la atención médica cambia. No hubo ninguna razón que pudiera oponerse a la razón médica, de allí que la percepción fue valorada de forma satisfactoria. Particularmente nos gustaría ahondar un poco en las posibles razones que tal vez pudieron contribuir a la evaluación positiva de su atención médica. En el caso de nuestra informante N° 3, ella pasó por un solo procedimiento que fue una inseminación artificial, el cual es considerado como un tratamiento de baja complejidad al ser menos invasivo, y logró el embarazo en un primer intento, y aun

cuando fue logrado en un centro de fertilidad, la médica que realizó el tratamiento, hizo seguimiento de su embarazo en su consulta privada (en otra clínica), lo cual hace que la atención médica sea percibida por nuestra informante como muy positiva y completamente humana. En el caso de nuestras informantes N° 4 y N° 6, existía una relación personal previa con el médico especialista en fertilidad, en la cual el trato indudablemente fue especial, muy distinto al que podría tener con una paciente desconocida; y aun cuando con nuestra informante N° 4 no fue logrado el embarazo en un primer intento y a pesar de tratarse de procedimientos de alta complejidad como lo es una fertilización in vitro, tan solo el trato cordial y especial del médico, con explicaciones claras y con el valor agregado de hacerle seguimiento de la evolución de su embarazo, indudablemente inclina la balanza de su percepción de la atención médica, hacia una valoración positiva. En el caso de nuestra informante N° 6, aun cuando también pasó por procedimientos de alta complejidad pero no logró el embarazo en ninguna de las dos oportunidades, sus conocimientos en el área de la salud, el haberle permitido acceder a los espacios del laboratorio y el trato especial que recibió, también la llevaron hacia una valoración positiva de la atención médica, todo lo cual nos confirma la necesidad de involucrar los aspectos psicológicos y sociales vinculados a los aspectos biológicos de la infertilidad, cuando esta es tratada en los Centro de Fertilidad. Indudablemente el acercamiento entre médico/a y paciente mejora la experiencia de transitar estos procesos.

Ahora bien, en consonancia con lo que emerge de los discursos de nuestras informantes, en relación con las posturas encontradas en cuanto a la percepción de la atención médica durante sus vivencias con los distintos tratamientos de fertilidad, de los cuales algunas de ellas calificaron como “una mala atención” y otras como “una buena atención” dependiendo de las situaciones vividas en los Centros de Fertilidad a los cuales acudieron, el estudio de Zoe Díaz y Dailys García (2013) evidencia también que la percepción de las parejas entrevistadas sobre la gestión y

prestación del servicio fue diferente según el hospital donde se atendían. En uno de ellos, fue clasificada por la mayoría como "mala y pésima", mientras que en otro, la mayoría lo calificó de "buena, muy buena y excelente". Las principales insuficiencias e irregularidades señaladas, cuando se dieron opiniones negativas fueron: la demora para ser atendidos/as y lo dilatado del tiempo entre consultas, el deficiente equipamiento técnico y material que dificulta el diagnóstico certero, la falta de calidez en la atención percibida y la deficiente comunicación con el personal médico, que incide en la escasez de la información recibida frente a la esperada. Tales aspectos fueron vinculados con la alta demanda de los servicios, cuya cantidad en el país no es suficiente y hace que no satisfaga las necesidades (p. 854).

Sin embargo, hay que considerar el hecho que el estudio de Díaz y García fue realizado en Cuba, donde el sistema de atención sanitaria para tratar la infertilidad, es un servicio público y gratuito de lo cual emergen las razones de sus mujeres para calificar la atención médica; mientras que en Venezuela, todos los Centros de Fertilidad son privados, por lo que las razones que llevaron a nuestras informantes a calificar la atención recibida como "buena" o "mala" realmente estuvieron asociadas al trato que recibieron de parte de los/as médicos/as y el personal sanitario de los Centros de Fertilidad a los cuales asistieron para recibir los respectivos tratamientos. Cuando la relación médico/a-paciente estuvo centrada en algo que llegó más allá de lo biológico (y lo económico), indudablemente la calificación fue positiva, pues como señalan Jadur y Duhalde (2005) "incluir el factor emocional en la consulta contribuye a lograr una mejor relación médico/a-paciente por la contención que se ofrece y que es muy bien recibida y esperada por los/as pacientes". (p. 38).

Igualmente, en un estudio realizado por Esther Crespo en España, señala con respecto a las diferencias percibidas en la relación médico/a-paciente que

Respecto a la relación que los usuarios mantienen con los profesionales del área de la reproducción asistida, en general los usuarios manifiestan

estar contentos con la relación establecida, “humana y cálida”, aunque en ocasiones se reconoce la vulnerabilidad en la que se encuentran ante dicha asimetría, la poca empatía de algunos profesionales, la deshumanización ante la medicalización y la mercantilización del proceso. (2015:178).

De todo lo anteriormente expuesto, podemos extraer que para lograr una atención adecuada a las parejas con infertilidad y contribuir a su solución o manejo, es necesario ante todo un enfoque empático hacia las mujeres (y sus parejas) con dicho “problema”. Tradicionalmente la atención brindada por los/as prestadores/as de salud ha tenido un carácter eminentemente biologicista, ya que para la biomedicina el no ser capaz de reproducirse suele ser una anomalía o limitación que necesita ser corregida en el cuerpo. Como para cualquier otra dolencia o enfermedad, el sistema médico ha establecido algoritmos de trabajo para la atención, estudio y tratamiento de pacientes con infertilidad, dejando de lado las necesidades emocionales de las mujeres.

El modelo médico hegemónico continúa concibiendo a la infertilidad como un trastorno puramente físico, cuya solución está a la espera de la terapéutica médica o quirúrgica adecuada, aun cuando se ha tenido que reconocer que las mujeres (y sus parejas) infértiles experimentan alteraciones emocionales importantes y su impacto puede llegar a ser peor sobre la función y satisfacción sexual, sin embargo la biomedicina pretende seguir justificándolo en virtud de lo prolongado de los estudios y tratamientos. Al respecto nos señalan Zoe Díaz y Dailys García, a propósito de otro trabajo realizado en Cuba, lo siguiente

A diferencia de muchos países del mundo, el sistema de salud cubano alcanza a todos los miembros de la población por su gratuidad, accesibilidad geográfica y alta calificación, lo cual hace que las personas acudan primeramente a estos servicios con el fin de solucionar sus malestares y padeceres. Sin embargo, hay que reconocer que el carácter biologicista y medicalizador de la atención en salud, la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los pacientes en las acciones de salud, la producción de acciones que tienden a excluir al paciente del saber médico y la tendencia al control

social e ideológico, características todas del modelo médico hegemónico, hacen que las personas implicadas en el padecimiento concreto de infertilidad, establezcan un análisis de las potencialidades y deficiencias que ellos le atribuyen al sistema y a las alternativas de solución que dicho sistema sugiere. Una de las principales consideraciones que expresan las parejas infértiles en relación con la atención brindada por los profesionales de la salud, se refiere precisamente a la medicalización de la atención y a la posición de "frialidad médica" de los médicos que se dirigen básicamente a la atención de la infertilidad como enfermedad y no a la atención de la pareja infértil como personas que padecen. (2011: 115).

En este sentido, y como ya hemos discutido, la categoría género debe ser empleada en la evaluación de la calidad de la atención a las parejas con infertilidad, dirigiéndose fundamentalmente a dos áreas: la de salud sexual y reproductiva y la de violencia contra la mujer. Con todo lo que hasta aquí se ha expuesto, emerge por sí misma la necesidad de que las investigaciones, políticas, sistemas y servicios en el campo de la salud, requieran de una perspectiva de género, que haga aportes en gran cuantía y valía a la visión médico-social de los problemas de salud de las mujeres, y en particular de las infértiles, pues como señalan Díaz y García (2008), la atención a los puntos de encuentro y desencuentro entre los mundos valorativos de los/as prestadores/as de servicios de salud y de las pacientes, permitirá elevar la calidad y calidez de la atención a las parejas con infertilidad, evitando que se ensanchen las brechas existentes en el proceso salud-enfermedad-atención, si esta se enmarca en la perspectiva de género.

Además, parte del matiz que aporta el género a la atención de las parejas con infertilidad, radica en la responsabilidad asignada y asumida en cuanto al seguimiento de dicha atención para y por las mujeres, pues aun cuando en los propios protocolos de atención se refiere la necesidad de concurrencia al servicio en pareja, y no de uno u otro integrante por separado, son las mujeres quienes reciben las órdenes e instrucciones médicas y quienes poseen historia clínica para el control por parte de la institución de salud (aun cuando la infertilidad pueda ser de origen

masculino, o de ambos integrantes de la pareja). Y es que también, sobre las mujeres gravitan además, presiones sociales y familiares que no inciden de igual manera sobre los hombres, lo que incrementa en ellas la responsabilidad de asistir a las consultas, estudios y tratamientos, así como a cumplir cabalmente todo lo que se le haya indicado para garantizar el éxito (lo cual no ocurre de igual manera en el caso de los hombres, pues aunque el diagnóstico de infertilidad sea de origen masculino, será el cuerpo femenino el que recibirá todos los tratamientos). De allí la necesidad de incorporar la perspectiva de género a la hora de diseñar los protocolos de atención a las mujeres infértiles y sus parejas, para poder equilibrar las responsabilidades en un proceso que sin duda algunas involucra a ambos integrantes de la pareja.

Al respecto, Jadur y Duhalde señalan que

Las diferencias de género muestran también las maneras en que desde el pensamiento femenino y masculino, cada uno se acomoda para adaptarse a estas circunstancias. Es así, que en algunos casos las mujeres interrumpen las actividades diarias aun cuando no haya indicación de ello. Sobre la mujer recae “la mayor responsabilidad” en un tratamiento en tanto que su cuerpo está más expuesto y al mismo tiempo es quien pierde casi totalmente el control de las circunstancias. (2005:37).

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva a reiterar una vez más, la necesidad del desarrollo de políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a la atención de las mujeres infértiles (y de sus parejas), indudablemente con perspectiva de género. El fin perseguido es mejorar la relación médico/a-paciente, a través del desarrollo de una mayor sensibilidad y capacidad receptiva del personal de salud, frente a la subjetividad de las pacientes, incorporando como parte del diagnóstico, las descripciones de sus quejas, estados anímicos, inquietudes, y demandas, y no sólo lo que atañe a su biología.

## Y ¿dónde quedó la ética?

*Desacralizada la existencia y aplastados los grandes principios éticos y religiosos de todos los tiempos, la ciencia pretende convertir los laboratorios en vientres artificiales... ¿Podemos seguir día a día cumpliendo con tareas de tiempo de paz, cuando a nuestras espaldas se está fabricando vida artificialmente? Nada queda por ser respetado...*  
Ernesto Sábató

La Reproducción Humana Asistida ha experimentado progresos médicos y tecnológicos enormes e impensables en los últimos años. El número de tratamientos que se realizan en todo el mundo aumenta cada vez más, y son millones los/as niños/as nacidos/as por estos procedimientos desde su aparición, de acuerdo a lo que reportan distintas sociedades científicas (REDLARA, 2019; OMS, 2020; SEF, 2022).

Desde el punto de vista médico, clásicamente, los problemas morales surgidos en el ejercicio profesional de los/as médicos/as que practican la medicina reproductiva se han resuelto atendiendo a lo que se señala en los códigos deontológicos del ejercicio profesional, los cuales se fundamentan en los cuatro principios de Bioética de Beauchamp y Childress, a saber: el principio de beneficencia, que obliga a los profesionales a maximizar el cuidado; el principio de no maleficencia, que exige evitar el posible daño a las/os pacientes y a su posible descendencia; el principio de autonomía, que obliga a los/as profesionales a respetar el derecho de autodeterminación de los/las pacientes, guiados/as por sus deseos, preferencias y valores; y finalmente, el principio de justicia, que persigue un trato equitativo y no discriminatorio y una adecuada gestión de los recursos (Siurana, 2010).

Sin embargo, más allá de lo que determinan los códigos deontológicos, no se han establecido pautas éticas claras y uniformes en relación con la reproducción humana asistida y cada una de las posibilidades que van apareciendo con su vertiginoso avance y evolución; y aun cuando el derecho debería actuar como un armonizador

de valores en conflicto en una sociedad ética y culturalmente plural, dado que marcaría el deber de su cumplimiento, lo cierto es que ni en el ámbito mundial ni mucho menos en nuestro país, hay claridad ni desde el punto de vista ético ni tampoco legal, ya que no se han armonizado ni mucho menos homogeneizado los criterios en este tan controvertido campo, y al final cada profesional de la medicina reproductiva termina atendiendo a criterios propios de su ejercicio o a las pautas que se dictan en cada Centro de Fertilidad, (dependiendo del país donde se realiza este ejercicio profesional y la existencia o no de leyes y normas que regulen su actuación), los cuales pueden ser incluso muy diferentes, aun en localidades bastante cercanas.

Las TRHA, han abierto innumerables interrogantes éticas, muy distintas de los planteamientos deontológicos o legales, que se han intentado abordar mediante la elaboración de guías y recomendaciones por parte de sociedades científicas en diversos países, pero que no necesariamente son compartidos en el ámbito mundial. Para el caso particular de Venezuela, aun cuando existe la Asociación Venezolana de Medicina Reproductiva y Embriología (AVEMERE), creada desde el año 2008 con el propósito de impulsar la educación y la colaboración entre profesionales de esta área ([avemere.org.ve](http://avemere.org.ve), 2023), lo cierto es que no existen criterios éticos similares para la atención de las mujeres que acuden a los profesionales que en ella se agrupan.

Por otra parte, hay que considerar que, por lo general lo que sucede en cualquier tratamiento médico es que el equipo asistencial del Centro de Fertilidad, por un lado, y las pacientes, por otro, mediante el diálogo e intercambio de ideas e información, consensuan la utilización de una técnica médica con un fin determinado. Sin embargo, muchas veces tal consenso es sesgado, pues y tal como ya hemos comentado, no todas las mujeres (o sus parejas) podrían comprender en

un momento dado, la totalidad de la información recibida, por lo que finalmente terminan por aceptar los preceptos médicos sin tan siquiera cuestionarlos.

Así, las excesivas expectativas ante los avances tecnológicos, la incertidumbre de los resultados, la limitación temporal de los tratamientos, la apertura hacia una medicina del deseo, entre otros muchos factores ya discutidos, pueden generar tensiones que requieren un análisis profundo. Las mujeres (y sus parejas) que desean tener un/a hijo/a son un grupo especialmente vulnerable, susceptible en muchos casos de ser explotadas, por lo que en el entorno de la medicina reproductiva, se hace necesaria esta reflexión, para evitar que criterios estrictamente económicos sustituyan en buena medida al compromiso responsable con la actitud médica.

Tal como señalan Alba y Gallardo

Los hallazgos de la investigación biomédica sobre el inicio y desarrollo de la vida, además de las alternativas y posibilidades de intervenir en estos procesos, han ocasionado una serie de preguntas en torno a la ética de las actividades de médicos y científicos en el campo de la reproducción humana. En este sentido, las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) son un tema de constante debate en donde el derecho de una pareja a tener o a no tener hijos surge como el principal argumento. Para un gran número de parejas concebir un hijo es fundamental. De hecho, la concepción, el embarazo, la infertilidad y el nacimiento de un niño son considerados por el campo psicológico como situaciones de crisis evolutiva y la reproducción asistida ha surgido como solución. La evolución de la medicina en el campo de la genética ha revolucionado significativamente el avance de la ciencia y, por supuesto, ha sacudido los cimientos éticos, jurídicos, políticos y religiosos. Las TRA permiten tener la posibilidad de ejercer nuevos derechos y deberes siendo, a la par, una fuente de fuertes controversias, dudas y problemas. Es importante tener en cuenta que estas técnicas, a pesar de ser consideradas como una solución, tienen sus peligros, riesgos y consecuencias tanto para la madre como para el feto. Como es evidente, en las TRA no interviene únicamente la pareja, sino que también entra a formar parte el médico que lleva a cabo el procedimiento, lo cual representa intensas implicaciones bioéticas. (2023:28-29).

La medicina reproductiva es única dentro de las especialidades médicas, ya que ayuda a que se produzca el nacimiento de nuevas personas. Si a eso le añadimos los rápidos avances científicos en esta área, es imprescindible que los/as profesionales de la reproducción reflexionen sobre los valores que desarrollan y las interrogantes éticas que suscitan estas técnicas, sobre todo las de alta complejidad como la fertilización in vitro. En ocasiones se producen conflictos de valores, a todo lo cual se puede añadir la falta de formación en ética de los/as profesionales de la medicina de la reproducción.

De allí la necesidad de abordar este aspecto que se devela desde algunos de los discursos de nuestras informantes, que dan cuenta de lo que hemos venido comentando:

Informante N° 1: *“tú sabes que te hacen la aspiración de los óvulos, este después eso te lo fertilizan, después ellos lo van observando y van pasando las horas y ellos te van diciendo, bueno, de buena calidad están tantos de tantos, el día del procedimiento, el día que te los van a transferir, te dicen tenemos tantos en tantas condiciones, eso fue en el primer centro, usted decide qué cantidad. Para aquel entonces yo recuerdo que los óvulos aspirados fueron 5, al ser fecundados en las primeras horas quedaron 4, y para el día de la transferencia quedaban 3, 3 embriones que parecía que estaban en perfectas condiciones, ideales para ser transferidos. El médico nos pregunta al momento que cuantos vamos a decidir y bueno como tenía 3, yo pensé bueno 3 es una cantidadcriable, no es tanto y de repente no son, bueno, si hay riesgo pero no tanto, y me pareció adecuado, aparte de que estaba la parte de que cónchale se congela éste y? entonces para ese momento yo decidí que de esos 3, los 3, bueno, que no se dieron. En vista de esa experiencia, claro el médico si me dijo para aquel entonces ¿mira, 3? estamos hablando de que son muchos los riesgos, pero si usted decide los 3, bueno transferimos los 3. Y así se hizo. En vista de eso, en esta oportunidad yo si tenía que entregar un documento por escrito que cantidad antes del procedimiento, antes de saber cuántos eran los viables y conversé con mi esposo, y le dije «¡mira, lo más viable es dos!»” o sea tú ves que hay muchos gemelares y no hay tantas complicaciones, vamos a tomar esa opción de dos embriones y el resto que queden se congelan. Cuando realizan el primer eco a las 4 semanas, ahí verificamos que la naturaleza había hecho su trabajo, y bueno uno se había dividido y habían tres, entonces por eso ellos son dos gemelos y uno.”*

Informante N° 4: *“para entrar en la serie con ellos, en ese centro como tal, llamaban a las mujeres que estábamos en esa búsqueda, como que la serie tal, o sea, ustedes son la serie de febrero, por ponerte un ejemplo, eso iba con los meses, este que van a empezar en febrero y van a tener una preparación para la fertilización in vitro (...) mi esposo me decía que él quería tener una niña, y nosotros le preguntamos [al médico], «¡ah bueno, mira nosotros podemos decidir sexo, no sé qué más!», me dijo, «mira eso sí se puede pero es un examen adicional y eso solamente yo lo hago con los Chinos y con los Árabes, porque ellos el primer hijo tiene que ser varón», y yo, «¡ah ok, o sea!, y ¿cómo es eso, y que se hace?» entonces bueno, él me explicó, y bueno, este es un secreto hasta que te lo estoy contando a ti, hicimos la tipificación de los 8 embriones que se dieron y nos pusimos el mejor varón y la única hembra que salió. Los otros los mantuvimos ahí, ellos te dicen, mira bueno si los quieres mantener ahí un año, en un año te decides si quieres tener más, si quieres volverlos a usar o los donas (...) entonces por tipificación de las personas, como nosotros éramos como quien dice muy comunes, mi esposo es blanco pelo negro y yo morena, entonces decidimos donarlos porque ya después dijimos que no íbamos a tener otro, entonces los 6 embriones restantes fueron donados a la institución (...) ellos te dicen nosotros aquí ponemos 2, si se da que uno de esos se replica y tienes 3 ese es tu riesgo, si se da que esos 2 se repliquen 2 veces y tengas 4 ese es tu riesgo y tú lo asumes.”*

Informante N° 5: *“me implantaron 5, que pasa en ese momento, si tú tienes 5 embriones perfectos para implantar y ya has pasado por tanto tiempo, el médico te pregunta, en mi caso en algunos me preguntaron y en otros no, me dijo, yo te voy a poner los 5 que tienes aquí, los 5 que están A te los voy a poner, quedan 2 B y 1 C, el C está descartado, los 2 B no te los voy a poner, te voy a poner los 5 A (...) al principio, en los dos primeros [in vitro] me dijo, no, yo voy a poner 2 que están perfectos, yo no te voy a poner más, los otros los guardamos, claro, después tú dices bueno pero ponme todos, que algo quede, sabes, y en el último yo tenía 5, y él dijo vamos con todo, vamos a poner todo. De hecho fueron 3, en el primer eco había 3 latidos, un latido era más débil y él me dijo, es poco probable que este sea efectivo, en el 2do eco en la semana 8 todavía estaba ese tercer latido, pero ya en la semana 9, él se reabsorbió, o sea, ahí no hubo necesidad de ningún procedimiento sino que él se reabsorbió, pero la elección es algo entre tu médico y tú, se supone que debe ser 1, pero todo depende de tu condición pues, de tu caso (...) bueno, de decidir yo, pónmelos todos, no, nunca lo decidí; te puedo decir que yo estuve informada mas no decidí ok, yo estuve informada de cuantos tenía y cuantos me iban a colocar, pero no decidí.”*

Informante N° 6: *“en el primer procedimiento (...) tomaron los óvulos más bonitos, y luego fecundaron eso, todo ese proceso, verdad, tener los embriones más bonitos, entonces cuando ya los seleccionaron fueron 4, y me colocaron los 4 (...) porque era*

*la recomendación del doctor, esto la probabilidad es, y yo los veía; de hecho eran 4 porque podían reabsorberse, el primero iba a ser como el que iba a soportar la parte inmunológica, y los otros podían e iba hasta el más apto, todo eso ves?, entonces por eso los 4 (...) En el segundo procedimiento, esta vez íbamos a ir con 1, el mejor óvulo, el mejor espermatozoide, lo mejor, y así fue.*

Como se puede extraer de los discursos de nuestras informantes que se sometieron a tratamientos de alta complejidad, existe una total falta de protocolos para establecer desde el punto de vista ético, qué es lo que realmente se debe hacer en los procedimientos de fertilización *in vitro*, pues es innegable que no hay un consenso al respecto. De lo que nos comentan nuestras informantes se devela que las prácticas reproductivas en este ámbito se rigen básicamente por los controles que ejerce la propia comunidad médica que trabaja en cada centro de fertilidad, pues se puede notar claramente cómo una misma informante (bajo tratamientos de alta complejidad) acudiendo a más de un centro de fertilidad, recibió indicaciones distintas, y no hubo un criterio común en cuanto a número de embriones a implantar, qué hacer con los embriones restantes, entre otros aspectos que iremos desarrollando.

Y es precisamente a partir del avance tecnológico de los procedimientos de alta complejidad, desde donde surgen un mayor número de interrogantes éticas, ya que implican la manipulación *in vitro* de la procreación humana, tratándose pues de un evento científico que permite emular lo que sucede biológicamente, pero fuera del cuerpo humano, manipulando gametos en un laboratorio para nada más y nada menos que la creación de una vida; esto indudablemente plantea innumerables inquietudes pues como señala Soriano (2006) “con el advenimiento de estas tecnologías y desde el momento en que el embrión humano pudo ser privado de la defensa del cuerpo materno, su refugio originario, para ser creado en un laboratorio, se volvieron cada vez más numerosas y dilemáticas las posibles manipulaciones sobre él, pues el embrión es, en primer lugar, producido por y desde

la ciencia médica, ya sea con gametos de la pareja o de terceros anónimos, siendo este último aspecto un dilema ético cuando reflexionamos acerca de la filiación y el parentesco de ese nuevo ser; y en segundo lugar, si no es transferido de inmediato al cuerpo materno, este embrión puede ser congelado, donado a otra pareja, utilizado como material de experimentación o simplemente destruido” (p. 15), muchos aspectos que despiertan serias interrogantes desde la ética y la moral.

Uno de los temas éticos que se vuelve central, es entonces lo que se refiere al estatuto del embrión. El estatuto del embrión pone sobre el tapete temas como: la cantidad de embriones a implantar y el desecho de aquellos “sobrantes”, la calificación de los embriones de acuerdo a su calidad para ser implantados, la posibilidad de selección del sexo del embrión, la posibilidad o no de utilizar embriones para fines de investigación y el tiempo para el mantenimiento de embriones congelados, entre otros aspectos, que trataremos de abordar brevemente, y desde una postura crítica y reflexiva.

Existen diversas posturas en relación con el estatuto del embrión. Algunas de ellas defienden al embrión como una vida en potencia, otras posturas más bien califican al embrión como algo que aún no tiene vida y que por tanto puede ser desechado. Todas las posturas existentes con respecto a si el embrión es “persona” o “cosa” tienen detractores y defensores desde varios ámbitos: religioso, legal, moral, médico. En su análisis sobre el estatuto del embrión María Andrea Soriano nos señala lo siguiente:

Estamos frente a una pregunta, el embrión humano, ¿es "persona" o "cosa"? En otras palabras, ¿merece ser protegido por el Derecho? Estas cuestiones, que se plantean actualmente con toda su fuerza a raíz de la fecundación extracorporal y de las manipulaciones embrionarias, no son completamente nuevas. Por el contrario, ellas están ligadas a una de las controversias más antiguas de la cultura occidental, la de la animación (de anima: alma) del hombre. Ahora bien, según la concepción jurídica de que se parta, podrá admitirse o no el manipuleo genético sobre el embrión; para quienes denominan "pre embriones" a los óvulos

fecundados en laboratorio, resulta admisible el manipuleo genético antes de la anidación en el seno materno; quienes consideran que el embrión tiene su origen desde el momento mismo en que se fusionan los dos gametos, el embrión merece el respeto que cualquier ser humano y este tiene derecho a la vida. Para la Federación Americana de Fertilidad existen tres puntos de vista muy distintos: en un extremo están los que consideran al pre-embrión ser humano; en el otro, los que lo consideran simple tejido humano; y, una tercera posición sostiene que el pre-embrión merece un respeto mayor que el que se le otorga a un tejido humano (debido a su potencial de convertirse en una persona), pero no el mismo respeto que se le otorga a las personas con vida (ya que no tiene desarrolladas aún las características de una persona, ni se ha establecido su individualidad). (2006: 15-16).

Por su parte, y para complementar lo anterior, Riaño y Núñez explican que

La primera cuestión es tratar de definir cuál es el estatuto del embrión, quién o qué es el embrión y, por tanto, qué respeto y protección merece. Una serie de hechos, científicamente aceptados, nos aportan nuevos elementos para el análisis ético: 1. La fecundación es un proceso y no un momento como siempre se había pensado, la unión de ambos gametos supone un proceso en el tiempo, de una duración aproximada de 24 horas; 2. La identidad personal difícilmente puede llegar a establecerse con posibilidades de viabilidad sin identidad inmunológica. El cigoto no tiene todavía capacidad de transcripción o expresión de su genoma, y sólo la adquirirá cuando haya formado su sistema HLA o carta de identidad inmunológica del nuevo ser; y 3. La individualización del nuevo ser requiere dos propiedades: la unicidad (calidad de ser único) y la unidad (realidad positiva que se distingue de toda otra, es decir, uno sólo). Existe evidencia experimental que demuestra que estas dos propiedades fundamentales no están debidamente establecidas en el nuevo ser en desarrollo antes de que termine la anidación. Ante estos datos biológicos hay distintas tomas de posición: quienes consideran al embrión como persona potencial; no es persona, pero lo puede llegar a ser. Otra posición señala que esta protección del embrión ha de ser gradual en función del desarrollo embrionario y fetal. Así, sería preciso distinguir entre el embrión preimplantatorio y el embrión ya implantado. El embrión preimplantatorio no sería sino un conglomerado de células, pero dado que el cigoto es una realidad en camino y formalmente destinada a ser lo que todavía no es, sería, por tanto, merecedor de un respeto progresivo. Otros, consideran distintos momentos del desarrollo: para unos será a partir de la 8ª semana de gestación, cuando en el desarrollo embrionario se haya acabado el proceso de organogénesis y el embrión pasa a llamarse feto. Para otros será el momento de la viabilidad (capacidad de vivir fuera del seno materno), que situamos hoy alrededor de las 23 semanas. Algunos consideran que solamente el individuo merece el respeto de persona a partir del nacimiento. El tema del estatuto del embrión, procurando superar posturas emocionales, dista de estar cerrado. Desde una ética de la responsabilidad parece evidente que tenemos unas obligaciones morales de gestión privada con el embrión,

que aunque no es persona lo será en determinadas condiciones. (2004: 188 – 189).

Ante el panorama que nos plantean estos autores, siguen quedando abiertas muchas interrogantes con respecto a los embriones y cómo deben ser tratados; de allí surge la necesidad de este tipo de investigaciones con perspectiva de género, para poder visibilizar estas cuestiones y tratar de proponer cambios al respecto, y además, su narrativa nos permite comprender el por qué son tan disimiles los criterios en los tratamientos de fertilidad, ya que ante tantas posturas encontradas sin un criterio común, pues cada quien termina tomando partido por una u otra. Al respecto, María Cecilia Johnson, pone sobre el tapete, que aun cuando existen países como Argentina, que cuenta con una ley en fertilización asistida y que contempla dentro de su sistema nacional de salud todo lo necesario para su acceso, sin embargo, existen vacíos legales con respecto al tratamiento de los embriones. Esta autora nos explica que

En Argentina existe un vacío legal respecto a estas decisiones y que en sí mismas suponen diversas concepciones sociales y morales sobre el feto y el embrión. Si bien se cuenta con una ley sancionada en 2013 que define un amplio acceso y cobertura a las técnicas, algunas de estas prácticas – como el diagnóstico genético pre implantatorio y el descarte de embriones– aún no se encuentran reguladas. Lo que establece la norma vigente es que una la ley especial regularía sobre los embriones no implantados, pero ésta aún no se encuentra en discusión. Particularmente la criopreservación de los embriones se encuentra contemplada como parte de los tratamientos, pero aquellas salidas “no reproductivas” a su destino aún resultan controversiales. La donación de embriones a otra persona usuaria, la donación para la investigación así como su descarte no están prohibidas ni permitidas por ley, dando lugar a un conjunto de tensiones que afectan principalmente a las clínicas de reproducción asistida y a las personas usuarias. Esta situación se presenta controversial porque pone en discusión el estatus ontológico y moral del embrión. (2022:4).

Esta autora señala además que, en el marco de estos debates, las teorías feministas ponen de relieve que el acceso a los embriones está sujeto a interpretaciones profesionales y que existe todo un universo material socialmente mediado; y que en este sentido, las mismas tecnologías reproductivas, la biotecnología, la embriología,

a la vez que posibilitan nuevas formas de reproducción, también dan cuenta de la co-construcción de los “hechos biológicos”. A propósito de esto, ella realizó un trabajo, desde la mirada del feminismo, para conocer los sentidos que las usuarias de las TRHA dan a los fetos y embriones durante los tratamientos reproductivos, así como sus diversas formas de subjetivación, desde donde emerge que

El paso por el tratamiento con TRHA supone para las usuarias un conjunto de transformaciones sobre los propios sentidos reproductivos, donde los fetos y embriones constituyen el foco del control biomédico que promete el logro del proyecto parental. En este sentido, las diferentes significaciones sobre los embriones no pueden ser pensadas en abstracto. Por el contrario, las diversas localizaciones y temporalidades en el proceso reproductivo producen cierta inteligibilidad en los embriones, y en consecuencia un valor diferencial. Así también la posición de las usuarias en este campo, desde una mirada interseccional, es central para comprender la construcción de sentidos sobre la reproducción. En algunos momentos, es un embrión deseado, valioso, que se preserva por su potencialidad para la reproducción, pero ello no se traduce necesariamente en una concepción del embrión como persona. En otros momentos se traduce en significaciones diferenciales sobre la pérdida de un embarazo. Para algunas usuarias supone la vivencia de “la pérdida de un/a hijo/a” vinculado al investimento afectivo sobre este proceso, pero para otras usuarias la pérdida de un embarazo significa la confirmación de la fertilidad. Estas múltiples interpretaciones de los procesos biológicos también responden a que los tratamientos con TRHA, en ocasiones extensos, generan una relación cotidiana de los sujetos con estas sustancias biológicas que antes se encontraban sólo en manos de la autoridad médica. Asimismo, esta relación se construye en un escenario que en Argentina se caracteriza por la falta de certezas y diversos sentidos jurídicos, éticos y culturales sobre los embriones. Aquí no sólo la medicina propone un lenguaje y una mirada hegemónica, sino que las usuarias también significan de forma diferencial estos procesos, donde las “sustancias biológicas” comienzan a ser recontextualizadas. Así mismo, estas reflexiones de las usuarias tienen la potencialidad de disputar aquellas asignaciones hegemónicas sobre las mujeres y sus cuerpos que refuerzan la fertilidad como característica intrínseca de las mujeres, como reproductoras “por naturaleza”. En este sentido abrir la pregunta por las comprensiones sobre el embrión desde miradas locales, permiten construir conocimientos situados a favor de la ampliación de las decisiones reproductivas y no reproductivas de las personas gestantes. (2022:18).

De allí que sea necesario reiterar una vez más, la necesidad de realizar investigaciones en reproducción asistida, con perspectiva de género, en las que las voces de las mujeres sean escuchadas, para resignificar lo que viven y sienten, de

manera que incluso se puedan orientar los marcos regulatorios y éticos, tomando en cuenta sus voces, y que no solo prevalezca lo que ellas toman del discurso biomédico, sino sus verdaderos sentires, pues finalmente somos las mujeres quienes experimentamos todos estos procesos.

En este orden de ideas, es importante abordar otro de los grandes temas controvertidos en los tratamientos de alta complejidad, como lo es la elección del número de embriones a transferir. La cantidad de embriones a transferir tiene que decidirse sin comprometer las probabilidades de éxito y, a la vez, sin correr el riesgo de que se produzca un embarazo múltiple. De acuerdo con las leyes existentes en algunos países, es posible transferir hasta tres embriones durante un tratamiento de fecundación in vitro, aunque actualmente “en teoría” esta práctica ya no se realiza. Actualmente, las recomendaciones de los expertos coinciden en intentar transferir solo un embrión de buena calidad, tanto si se trata de ciclos en fresco, de embriones criopreservados o de ovodonación. Transferir más embriones no necesariamente aumenta las tasas de éxito, pero sí incrementa las probabilidades de embarazo múltiple, con el consiguiente riesgo que este tipo de embarazo supone para la madre y los bebés (diabetes gestacional, preeclampsia o parto prematuro). (Bilbao, 2021).

Sin embargo, también los expertos señalan que la cantidad de embriones a implantar dependen entre otros factores (calidad embrionaria, estadio embrionario, fracasos en ciclos previos, causa de la infertilidad, receptividad endometrial, malformaciones uterinas, etc.) de la edad de las pacientes. Así, las sociedades científicas de infertilidad en algunos países (SEF, 2022), señalan que:

- En mujeres menores de 30 años, la transferencia debe ser de un embrión preferiblemente y nunca de tres.

- En mujeres de entre 30 y 37 años, se puede transferir uno o dos embriones en función de la calidad de éstos; y a partir del tercer ciclo, valorar la posibilidad de transferir tres embriones si no hay ninguno de buena calidad.
- En mujeres mayores de 37 años, preferiblemente, dos embriones y, si no hay ningún embrión de buena calidad, hay que valorar la opción de transferir tres embriones.
- En el caso de ovodonación, existe una mayor probabilidad de que sean de buena calidad de los óvulos, por lo que la calidad embrionaria mejorará y, con ello, la probabilidad de implantación; por esta razón, se recomienda transferir uno o dos embriones y nunca tres.

Atendiendo a estas recomendaciones y al analizar las narraciones de nuestras informantes, se pueden deducir las discrepancias en cuanto a algunos protocolos internacionales con respecto a las actuaciones en los Centros de Fertilidad en Venezuela. Por otra parte, y ya como una observación personal, transferir un mayor número de embriones a mujeres cuya edad representa un riesgo, es una decisión irresponsable por parte de los/as médicos/as que hacen vida en estos centros, pues como pudimos notar en más de un caso se transfirieron más de tres embriones a las mujeres, todas mayores de 35 años al momento del tratamiento, con los consecuentes riesgos que ello pudo acarrear para ellas (como lo fue el caso de nuestra informante N° 1). También se extrae del discurso de nuestras informantes que, en muchos casos, aunque ellas estuvieron informadas, no tomaron la decisión final en cuanto a la cantidad de embriones a implantar. De acuerdo a la revisión realizada, se pudo conocer que en los protocolos de atención implementados en algunos países (Bilbao, 2021), las pacientes son quienes deciden: la autonomía de las mujeres y de las parejas a decidir el número de embriones a transferir es indiscutible; sin embargo, los/as especialistas tienen la obligación de informar

adecuadamente tanto de los riesgos que puede conllevar un embarazo múltiple como las probabilidades reales de que ocurra el embarazo con un solo embrión.

En lo que concierne a la calidad del embrión, se sabe que, desde la fecundación *in vitro* y hasta que tiene lugar la transferencia al útero materno, los embriones siguen un desarrollo que es valorado por los embriólogos en los Centros de Fertilidad. Aquellos que hayan llevado una correcta evolución, y se encuentren en mejores condiciones, son los que serán seleccionados para su transferencia y/o criopreservación. La clasificación de los embriones de acuerdo con los criterios de valoración establecidos por la Asociación para el Estudio de la Biología Reproductiva (ASEBIR, 2023) en 2007 y actualizados en 2015, se establecen de forma general en cuatro categorías:

- Categoría A: Embrión de óptima calidad. Con máxima capacidad de implantación.
- Categoría B: Embrión de buena calidad. Con elevada capacidad de implantación.
- Categoría C: Embrión regular. Con bajas posibilidades de implantación.
- Categoría D: Embrión de mala calidad. Con muy pocas posibilidades de implantación.

Es importante señalar que la clasificación en cada una de esas 4 categorías, se realiza el día de la transferencia. No obstante, durante su desarrollo previo, los embriones son valorados día a día, analizándose distintos aspectos morfológicos, que serán tenidos en cuenta en el momento de la clasificación. Tanto la clasificación definitiva, como las distintas valoraciones que se hagan durante el desarrollo, son una herramienta para valorar la calidad del desarrollo y sus posibilidades de gestación, sin embargo, ni un embrión tipo A garantiza el éxito, ni un embrión tipo D asegura el fracaso. La implantación embrionaria es un proceso complejo que no sólo está relacionado con la calidad embrionaria sino que son muchos los factores que

influyen, como la receptividad endometrial, factores inmunológicos, entre otros. La elección del día de la transferencia embrionaria depende de la evolución de todo el proceso en general, y es el/la especialista el/la encargado/a de determinar si hay más ventajas al transferir en el día 3 o en el día 5 de desarrollo embrionario. Sin embargo, actualmente, la tendencia es transferir un solo embrión en estadio de blastocisto con el fin de evitar los embarazos múltiples, y esto ocurre en el quinto día de desarrollo embrionario, con lo cual la probabilidad de implantación es mayor. La etapa final del proceso de fecundación in vitro lo constituye la transferencia embrionaria, por lo que si el tratamiento de fertilidad logra tener éxito, 15 días después un test de embarazo positivo confirmará que, se ha conseguido el embarazo. (Martínez y col., 2023).

Ahora bien, lo que sí está claro, más allá de las consideraciones biológicas de la técnica que hemos expuesto, y que podemos extraer desde el discurso de nuestras informantes, es el hecho de que cada Centro de Fertilidad difiere en cuanto a la cantidad pero coinciden en cuanto a la calidad del/los embrión/es a implantar; e incluso en uno de los casos existió la posibilidad de elegir el sexo del embrión. Al respecto se sabe que aun cuando la selección del sexo del embrión en tratamientos de fecundación in vitro es técnicamente posible, hacerlo es ilegal en muchos países (en Venezuela hay un absoluto vacío legal), y sólo se permite hacerlo cuando existen circunstancias médicas, es decir, cuando existe el antecedente genético de enfermedades que se transmiten hereditariamente a través del sexo. Sin embargo, en la actualidad se recurre cada vez menos a ello, debido a que las técnicas de diagnóstico genético permiten identificar el gen que está alterado y transferir sólo los embriones en los que no se da esa mutación. No obstante, pudimos extraer del discurso de una de nuestras informantes, que ella tuvo la posibilidad de seleccionar el sexo de los embriones que le fueron implantados.

En este sentido, vale la pena explicar que cuando se realiza la selección de unos embriones en detrimento de otros, es decir, cuando ellos son discriminados desde el punto de vista genético, es lo que se conoce como Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP). En el plano teórico, el criterio fundamental de dicha selección es el de la salud genética del embrión, o lo que es lo mismo, el propósito de evitar transmitir a la descendencia enfermedades hereditarias graves. No obstante, ni todas las enfermedades condicionan de igual forma la vida de las personas, ni todas las motivaciones que se esgrimen para la selección embrionaria son siempre de carácter médico, lo cual genera una serie de planteamientos encontrados desde el punto de vista ético. Por un lado, está la postura de quienes descartan completamente cualquier tipo de selección por considerarla contraria a la dignidad humana; por otro, está la postura de quienes aceptan dicha selección cuando se trate realmente de evitar enfermedades; y, finalmente, está la postura de aquellos/as que admiten el DGP de forma amplia más allá del ámbito médico (es decir, con fines de carácter familiar o social, deseos perfectivos, etc.). (Jiménez, 2020)

Al respecto, Consuelo Álvarez argumenta que

Los diagnósticos preimplantacionales han provocado confusión y conflicto social por la manipulación embrionaria que supone y por la eliminación de embriones que conlleva. Existen dos situaciones muy distintas y de diferentes consideraciones éticas. Una es “crear” en el laboratorio embriones, el diagnóstico preimplantacional, comprobar cuáles son sanos y descartar los portadores de enfermedades; se pretende transferir los “sanos” al útero y eliminar los “enfermos”. Otra posibilidad sería el diagnóstico preimplantacional extensivo; en este caso, se seleccionan embriones compatibles con un sujeto y se eliminan los no compatibles, aunque sean sanos; es programar un embarazo con fines terapéuticos. En el primer caso hay aceptación social, al considerar que el nasciturus tiene derecho a ser competitivo en nuestra sociedad y determinadas minusvalías implican una limitación o tener menos posibilidades de competir. El diagnóstico preimplantacional extensivo plantea un problema ético más complejo para la sociedad, es seleccionar un embrión para salvar la vida de un hermano. Hay diferencias de opiniones, unos consideran que es un objetivo sublime venir al mundo para salvar a un ser humano, y otros lo ven como una forma de

instrumentalizar al hijo. En los dos tipos de diagnóstico preimplantacional se generan embriones excedentes. (2006:427-428).

Como hemos venido comentando, el objetivo inicial del DGP fue la detección de alteraciones genéticas que estuvieran ligadas a una enfermedad hereditaria grave sin tratamiento conocido. Pero dadas las posibilidades de la prueba, se fueron añadiendo otros supuestos que han complicado el conflicto ético que ya de por sí supone una elección embrionaria. Uno de ellos fue la selección del sexo embrionario, hecho que ha dado lugar a un intenso debate ético y jurídico, ya que se discute en qué casos sería éticamente aceptable, y si lo analizamos desde la perspectiva de género en razón de lo que representa las mujeres en algunas sociedades y culturas, ya podemos imaginarnos todas las implicaciones asociadas a este hecho. Ahora bien, el DGP no es el único medio que puede emplearse para elegir el sexo. También se puede optar por una selección de gametos mediante el enriquecimiento del semen a favor de un sexo u otro, o mediante la clasificación de espermatozoides por citometría de flujo. Tomando en consideración que el tratamiento de gametos es previo a la fecundación y por tanto evita la selección embrionaria, algunas sociedades científicas consideran estas técnicas éticamente aceptables, con algunas restricciones. No obstante, estas técnicas se enfrentan a un grave problema de nivel científico: su tasa de fiabilidad es inferior a la del diagnóstico preimplantacional (un 90% para la obtención de niñas y un 60% para niños), por lo que en la práctica muchas clínicas prefieren asegurar el sexo mediante la aplicación del DGP. (Jiménez, 2017).

La opinión prácticamente unánime entre las sociedades científicas y algunas legislaciones internacionales es que la selección del sexo del embrión sólo puede autorizarse cuando se trata de enfermedades hereditarias graves debidas a un gen presente en el cromosoma X o Y. Pero con base en la libertad reproductiva de las parejas y el derecho al libre desarrollo de la personalidad, muchos autores se muestran a favor de su autorización por causas no médicas. Entre estos dos

argumentos, donde sin duda hay debate, es cuando la selección del sexo está motivada por fines no médicos. Las razones son diversas, pudiendo destacar las siguientes: 1. Equilibrio familiar: cuando en la familia hay varios descendientes de un mismo sexo; 2. Factores psicológicos: deseo irrenunciable a tener un descendiente de un sexo concreto, entre otros como abortos a repetición o edad avanzada, alto componente ansioso, etc.; 3. Factores sociales: presión familiar, sostenimiento del linaje de la familia, o una condición social desfavorable de la mujer; y, 4. Factor religioso: en regiones donde éste es marcadamente influyente. (Jiménez, 2020).

Los argumentos en contra de la selección de sexo por razones no médicas son variados: es sexista, distorsiona la proporción poblacional del sexo, implica el diseño del/la hijo/a (eugenesia) y se instrumentaliza al embrión. El interés en elegir el género de la descendencia aún no ha demostrado ser lo suficientemente fuerte como para justificar la creación y destrucción de embriones con el único motivo de la variabilidad de género, pues todo método de selección de sexo es inherentemente discriminatorio y sexista. Mientras que no existan garantías suficientes de igualdad de derechos para las mujeres y una sociedad de libertades sin distinción de género, la selección del sexo para causas no médicas no debería ser autorizada. (Jiménez, 2017).

Por otra parte, es necesario hacer una reflexión en relación con los embriones “sobrantes”, es decir, los embriones que finalmente no llegan a ser implantados. Sin lugar a dudas, ellos son el resultado de la dinámica de eficiencia y competitividad que domina el campo de la fecundación in vitro: se producen en cantidad para asegurar la probabilidad de las técnicas, pero nos preguntamos ¿A expensas de qué? ¿Qué ocurre con ellos? ¿Hasta dónde llega la ética y que ocurre con el estatus de ese embrión? Estas y muchas otras interrogantes vienen a nuestra mente cada vez que pensamos en la enorme cantidad de embriones que se generan en los miles de

Centros de Fertilidad en todo el mundo (jugar con la creación de una vida en un laboratorio sin medir las consecuencias de esta creación es aceptado y permitido; pero el aborto aun no lo es). Para comprender un poco mejor de qué se trata, haremos una breve reseña para explicar a qué nos referimos.

Desde que se iniciaron estas técnicas, gracias a la estimulación ovárica, se tendía a obtener el mayor número posible de ovocitos, para seleccionar los mejores. Todos ellos eran fecundados, a fin de obtener el mayor número posible de embriones. Luego de obtenidos los embriones, se repetía el proceso de selección, a fin de transferir al útero de la madre los más escogidos, es decir, los de mayor calidad (como ya fue explicado previamente). Tal proceso selectivo solía dejar como residuo “desechable” un número pequeño de embriones de calidad inferior. Esos fueron los primeros embriones sobrantes (potenciales seres humanos pero de inferior calidad).

Ahora bien, el fenómeno, en las dimensiones que presenta hoy, apareció vinculado a las técnicas de congelación embrionaria: sólo la criopreservación permitió el almacenamiento de un número incontable de embriones, con los que se pudiera superar a los frecuentes fracasos de la técnica. Con los embriones congelados pueden realizarse nuevos intentos de transferencia embrionaria, sin tener que repetir otra vez todo el proceso desde el comienzo. Así, a medida que mejoraba el rendimiento de las técnicas y que los centros de reproducción progresaban en su curva de aprendizaje, fue creciendo el número de embriones congelados. Cada vez se obtenía una media más elevada de embriones por ciclo de estimulación. Por muchos que fueran, nunca parecían demasiados, además, en muchos casos se agotaban las reservas de embriones sin conseguir el embarazo, por lo que era el argumento idóneo para la “producción de embriones en masa”. (Herranz, 2000)

Pero, de hecho, esto hizo que empezara a crecer el número de embriones que no tenían salida: eran los nuevos embriones “sobrantes”. Unas veces sobraban porque la intervención había tenido éxito por lo que los/as padres/madres se quedaban contentos con el/la niño/a o los/as hijos/as habidos/as, y no se decidían a incrementar su descendencia. Otras veces, la experiencia fallida les resultaba demasiado fuerte para intentarla de modo inmediato, y aplazaban el nuevo intento para un futuro que nunca llegaba. Al cabo de un tiempo, apareció un nuevo tipo de embriones “sobrantes”: el de los embriones humanos abandonados, aquellos de los que sus progenitores se desentendían, unas veces porque la salud de la madre desaconsejaba intentar el embarazo; otras porque se había roto el matrimonio, o había muerto uno de los cónyuges, o se habían trasladado a un lugar remoto y ya no era posible localizarlos. En este sentido, por ejemplo, el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (1997) considera que un embrión ha sido abandonado cuando pasan más de cinco años sin que sus progenitores hayan dado señales de vida, al tiempo que se ha hecho un esfuerzo diligente para contactar con ellos en la última dirección conocida, y no existen instrucciones escritas de la pareja indicando qué ha de hacerse con el/los embrión/es.

Así, a medida que crece el número de embriones “sobrantes”, crecerá también el número de conflictos éticos y legales que la criopreservación provoca. Se han propuesto tres salidas principales a esta situación: la donación, con finalidad procreativa a otras parejas; la donación a los científicos para que hagan estudios experimentales; o la destrucción al cumplirse un tiempo determinado por la ley; pero la práctica dominante en la actualidad es la de prolongar indefinidamente la criopreservación. Aunque el tiempo que puede permanecer congelado un embrión es ilimitado, y ha habido casos del logro de embarazos luego de muchos años de almacenamiento del embrión, según las Leyes de Fecundación existentes en algunos países, se establece que los embriones congelados pueden ser conservados solo por

un plazo de 5 años, posteriores a los cuales pueden ser destruidos o desechados (Herranz, 2000). Sin embargo, la grave cuestión de qué destino dar a los embriones humanos “sobrantes” no tiene respuestas que sean a la vez éticas y practicables, cualquiera de estas alternativas, sigue representando dilemas éticos y morales que deben ser ampliamente discutidos y consensuados en el ámbito mundial.

Al respecto, vale la pena traer a este discurso lo que sucede en países con marcos legales en cuanto a TRHA se refiere, y como el excedente de embriones viene a representar un dilemático problema ético, pues si bien en algún momento se ha pensado en la posibilidad de la donación de embriones (lo cual se traduciría para quien los recibe en una adopción), ello podría tener consecuencias que sin lugar a dudas deben ser discutidas y consensuadas desde el punto de vista ético. Al respecto Diana Marre nos comenta el siguiente caso

El crecimiento de los embriones sobrantes en los Bancos llevó, entre otras razones, a la modificación de la Ley Española de Reproducción Asistida en 2003. Como consecuencia de la entrada en vigor de la mencionada ley, en octubre de 2004 un Centro de Reproducción Asistida de Barcelona lanzó un Programa de Adopción de Embriones convocando a parejas o personas a adoptar embriones sobrantes de procesos de reproducción asistida cuyos propietarios no habían tomado ninguna decisión sobre ellos en los cinco años posteriores a la producción de los mismos, es decir que los habían ‘abandonado’. Como consecuencia de dicho programa, a principios de septiembre de 2005 nació en Barcelona el primer niño adoptado siendo embrión de una madre monomarental de 41 años que dijo haberlo sentido propio desde el momento en que se supo embarazada y no estar preocupada porque su hijo tuviera dos “hermanos” (nacidos de los embriones fertilizados al mismo tiempo que el suyo) **porque el equipo médico le había asegurado que era imposible que se encontraran en toda su vida\***. (2011:34).

\*Las negrillas son nuestras

Ante un problema de estas dimensiones y complejidad, lo sabio sería evitarlo, o al menos aminorarlo en la medida de lo posible. No producir deliberadamente embriones humanos que puedan sobrar es una decisión moral y científicamente sostenible. Sin embargo, es incuestionable que este tipo de solución choca por un lado, con los intereses de los equipos de fecundación in vitro, muy motivados por

alcanzar la cuota máxima de eficacia, prestigio y competitividad; y, por el otro, con las preferencias de muchas mujeres usuarias de las técnicas, interesadas en ahorrarse las molestias, riesgos y gastos de reiniciar el proceso clínico desde el inicio. Pero vistas las cosas con una perspectiva de ética y justicia para con el embrión humano, se deduce que por esas preferencias y logros, se está pagando un precio prohibitivo: la existencia de miles de embriones sobrantes, de cuyo estatus existe demasiada incertidumbre.

Otro aspecto que es necesario considerar desde la ética, es lo que se refiere a la subrogación. El discurso de una de nuestras informantes pone de manifiesto esta cuestión, y nos muestra que estas clínicas de fertilidad de algún modo ponen a disposición de las mujeres que acuden a ellas, esta opción:

*Informante N° 2: “ya el centro me había dicho que no, que ya por ellos no, o sea, que no valía la pena, que ya no se podía, ya para ellos según los estudios, y en el caso que yo tenía, ellos me mandaron fue así, tu sabes, como quien tiene la información pero no se quiere involucrar, que buscara un vientre en alquiler o sino la fase de adopción, o sea, me lo lanzó así... ahí nos participó en buscar un vientre de alquiler, esa opción si ya no, ya yo ahí no quise participar... de verdad él [el médico] nos dio como opciones que nos las hacía directamente en la clínica, pero ya yo ahí si no, no quise participar (...) no te puedo decir que uno estaba pero como que no estaba, mi esposo a veces quería, se animaba, cónchale pero y si buscamos, y él estaba bueno, animado a hacerlo, pero yo decía que ahí si ya me parecía como que era fuera de todo, eso nos iba a traer más problemas que beneficios.”*

La maternidad subrogada o maternidad de alquiler, está prohibida en la mayoría de los países, entre ellos Venezuela, ya que presenta el grave problema de la filiación o parentesco, pues se da una disociación entre maternidad genética, maternidad biológica y maternidad legal. Sin embargo, el discurso de nuestra informante nos muestra que para los Centros de Fertilidad pareciera ser una opción, velada, oculta, pero opción al fin.

La fertilización *in vitro* y la gestación subrogada sin duda ofrecen la oportunidad a nuevos formatos de pareja y familia. Los dilemas surgen cuando no está clara la filiación con el/la hijo/a nacido/a respecto de sus progenitores legales, cuando por ejemplo la fertilización y la subrogación se realizan fuera del país de origen de los mismos. El registro y la nacionalidad de los/as nacidos/as pueden negarse en caso de que la ley en el país de origen de estos prohíba la gestación subrogada o la unión entre parejas del mismo sexo. Este vacío jurídico puede privar a uno de ellos o a ambos de la filiación con el/la niño/a y retenerlo en el país de nacimiento, e incluso privarlo de nacionalidad y quedar bajo la tutela de la mujer gestante y no de los progenitores legales (quienes gestionaron el nacimiento del bebé), sin dejar de lado que las personas que solicitan la gestación pueden ser sometidas a procesos legales largos y desgastantes.

Además, es imposible negar que la gestación subrogada es una forma más de utilizar el cuerpo de las mujeres como medio para obtener un/a hijo/a, y que por tanto es una forma más de apropiación, control, sojuzgamiento y explotación de las mujeres. De allí la necesidad de que existan instrumentos legales claros al respecto en cada país donde se practiquen estas técnicas.

Por otra parte, es necesario considerar desde la ética, lo que se refiere a la donación de gametos y cómo se apropia el saber-poder médico de la epigenética y del matching fenotípico (a los cuales ya hemos hecho mención), para lograr convencer a las mujeres que buscan en la medicina reproductiva, satisfacer su deseo de hijo/a. Una de nuestras informantes debió acudir a la ovodonación para lograr el embarazo, he aquí parte de su discurso:

Informante N° 4: *“esto de la fenotipificación se da cuando tu hijo como quien dice empieza a verte o a intercambiar cosas y va agarrando como que si tus mañas, tus cosas; o sea, ellos van tomando como tu fenotipo, y sí se da, cuando hay óvulos donados (...) el doctor me explicó, «mira eso se convierte como en una cunita, ese*

*ADN se recombina», no sé qué, me dice «ciertamente, no podemos saber si tus hijos van a ser mitad tuya y mitad tu esposo, o mitad tu esposo y 20-30% de esa persona, no lo vamos a saber nunca, y eso es como tú lo adoptes, como tú lo quieras afrontar, o sea, para ti ¿qué es la maternidad?», como él me decía, «¿es trascender a través de algo que tiene que ser tuyo o algo que tú vas a construir, porque un niño lo construyes tú, o sea, el nace con ciertas cosas pero lo que va percibiendo del exterior eso se lo das tú»”.*

La donación de óvulos, es un tipo de tratamiento que se realiza desde hace más de 30 años. En la actualidad es una técnica muy usada dentro de las técnicas reproductivas; según estadísticas globales del 25 al 30% de las pacientes en tratamientos de fertilidad recurren a ella, ya sea por la edad avanzada de la mujer, por algún tipo de falla en la ovulación, o por enfermedades que hayan afectado su reserva ovárica, entre otros motivos. Sin embargo, hay que poner en evidencia que sin duda alguna, la donación de óvulos supone una ruptura entre la maternidad genética y la biológica (Ormart y Abelaira, 2020). El hecho de tener que recurrir a óvulos donados, no resulta una noticia sencilla para las mujeres (como se puede extraer del discurso de nuestra informante N° 4 en una subcategoría anterior). En ocasiones se sienten preocupadas y/o angustiadas por el significado que tendrá en sus vidas el hecho de que su futuro/a hijo/a no porte su mismo material genético. Muchas veces se preguntan si su hijo/a la reconocerá como madre, si habrá diferencias respecto de la otra genitora que sí aporta los gametos, si podrán ejercer su rol sin sentirse disminuidas por esta causa, o si los demás notarán que ese/a hijo/a “no es verdaderamente” su hijo/a. Muchas preguntas y miedos acuden al pensamiento de las pacientes que deben tomar la decisión de continuar o no con el tratamiento bajo esta nueva propuesta.

A propósito de esto, Consuelo Álvarez señala que

En la recepción de óvulos de donante existe el vínculo gestacional, pero falta la carga genética. Por ello este proceso se vive de una manera angustiada por la mujer en la mayoría de los casos y a pesar de la aportación del semen de su pareja en la fecundación. Muchas mujeres

necesitan realizar la apropiación del hijo con la gestación y la crianza. El lazo biológico de la gestación es un elemento importante para construir el hijo cuando la mujer es receptora de óvulos donados. Pero ésta sigue necesitando “construir su maternidad”. Un estudio realizado por el Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI), con amplia experiencia en los tratamientos de donación de óvulos, confirma la situación ambigua para estas mujeres cuyos hijos tienen el material genético de una donante: “La actitud de la receptora (...) hace necesaria una labor de mentalización respecto del grado de maternidad de su futuro hijo”. Según mis informantes, la suma de la maternidad genética y gestacional confiere un mayor sentido de pertenencia del hijo que la mera maternidad gestacional. En este último caso refuerzan el embarazo y la crianza, utilizando los términos “lo voy a parir yo”, “es mío porque lo voy a criar yo”. La dicotomía de la experiencia corporal de embarazo y parto y el acto social de la preservación y del cuidado del bebé se unen para paliar la ausencia del óvulo propio. (2006:434/436).

En el caso particular de la donación de óvulos se observa, a menudo, que los/as médicos/as suelen recurrir además a la epigenética, para explicar que el hecho de gestar el embarazo hace que el impacto de la información genética aportada por la donante se relativice. La explicación consta de hacer saber a las pacientes que la manifestación de los genes también depende del medio en que estos se desarrollan. Como en el caso de la ovodonación quien llevará adelante la gestación será la madre del/la futuro/a niño/a, esta explicación deja entrever que la madre también hará “su aporte genético” y no sólo la donante de los óvulos, tal como podemos extraer del discurso de nuestra informante N° 4.

De acuerdo con Pablo Strobl (2014), la epigenética es un término que fue acuñado por Conrad Weddington en 1942, y se define como el estudio de las modificaciones en la expresión de genes que no alteran la secuencia de ADN y que son hereditarios; sin embargo, hoy en día el concepto se usa en un sentido más amplio y no siempre implica la heredabilidad de los cambios, por lo que esta rama de la biología busca demostrar que los genes no dictan de una manera directa e irreversible lo que seremos, sino que en cierto punto el medio ambiente tiene grandes influencias sobre nuestro destino. Además, a este esclarecimiento, se suele sumar la oferta del

matching fenotípico. Esto implica la búsqueda de una donante con características similares a la receptora. El objetivo del matching fenotípico es producir una continuidad fenotípica entre los progenitores y el/la hijo/a concebido/a con material genético donado. Esta continuidad es deseada fundamentalmente por dos cuestiones: por un lado, porque se cree que la similitud en la apariencia física funciona como soporte de la filiación, es decir que, a través del parecido físico, se sutura la herida que deja la imposibilidad de la transmisión genética; y por otro lado, desde una lectura sociológica, se trata de conservar ciertos caracteres propios de una etnia, aquella con la que se identifica. (Ormart y Abelaira, 2020).

Este hecho, de dominio en la ciencia médica de la fertilidad, sirve como catalizador para intentar convencer a aquellas mujeres que luego del diagnóstico de infertilidad son condenadas a someterse a las TRHA con óvulos donados. Sin embargo, no consideran los aspectos propios del duelo que vive esa mujer ante la pérdida de su herencia genética. Como hemos comentado en una subcategoría anterior, la promesa de la epigenética junto con el matching fenotípico se convierten para muchas mujeres usuarias de las TRHA en un paliativo al duelo genético.

Por otra parte, también hay que hacer una reflexión sobre lo que implica la ovodonación para las donantes. Se sabe que muchos de los óvulos donados se encuentran criopreservados en bancos destinados para tal fin (al igual que sucede con los bancos de esperma o incluso los bancos de embriones). Sin embargo, hay que considerar también la donación de óvulos desde otros puntos de vista. La donación de gametos femeninos tiene los riesgos inherentes a la estimulación de la ovulación (Hiperestimulación Ovárica), así como la punción para obtener los óvulos necesarios; es exactamente el mismo riesgo que implica para las mujeres que acuden a las TRHA a fin de lograr la concepción de un/a hijo/a (Nuñez Calonge, 2017).

Aunque se podría considerar que el valor básico que sustenta el proceso de donación es la finalidad de ayudar a otras personas para poder realizar sus deseos reproductivos, conviene tener en cuenta que el proceso de donación, en tanto que implica riesgos y potenciales daños para las donantes, debe ser objeto de un exquisito cuidado, ya que en ningún caso, puede anteponerse el bien esperado para otros a la protección de las donantes. La acción es legítima si se extreman las precauciones para evitar los daños, esto es, si se garantiza la minimización de los riesgos, y si se asegura la voluntariedad y la libertad en el acto de donación. Ya que no hay beneficio directo para la donante, es tan sólo el bien que inspira la acción, unido a la decisión libre de realizarla, lo que la justifica (Nuñez Calonge, 2017).

Finalmente hay que considerar que, uno de los desafíos ético-prácticos que enfrenta la medicina reproductiva está relacionado con la imposición de límites. La falta de regulación hace que la práctica “de hecho” de los/as médicos/as que trabajan en reproducción asistida tenga mucho peso. Como señala Gilberto Gamboa

Las TRA tendrán que reorientarse para que no le sigan haciendo daño a muchos, aunque ofrezcan resultados a algunos pocos; tendrán que aprender a pensar menos en la biología y más en la bioética. Desprenderse de la racionalidad biótica, para que las técnicas de producir vida en un laboratorio se restrinjan a especies distintas de la humana, pues lo propio de esta es la procreación y no la reproducción, para adoptar una racionalidad bioética que siga unos principios claros, ontológicamente soportados, que partan de una filosofía que se apoya en la realidad del ser personal de cada humano. (2016: 338).

Además, Serrano y Linares ahondan en la necesidad de que este debate se dé con urgencia en Latinoamérica, a los fines de consensuar y desarrollar marcos legislativos que regulen la aplicación de estas técnicas

(...) es necesario que en los países de América Latina se reconozca la urgencia de confrontar la realidad de la fecundación humana asistida y de legislar sobre sus distintas facetas. En esta tarea, las soluciones legislativas propuestas por aquellos países considerados líderes en la materia pueden servir de guía (...) Para legislar sobre el tema de las

nuevas técnicas de reproducción asistida deben evitar caer en los mismos errores de los ejemplos existentes; el legislador de América Latina y el Caribe debe recoger uno a uno los puntos de vista de la mujer en su relación con dichas técnicas. De este modo, a partir de una correcta valoración de las implicaciones que tiene para la mujer la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida, se contribuirá al establecimiento de un marco general dentro del cual las mismas podrán utilizarse en beneficio tanto de la mujer como de la sociedad. Los progresos científicos abren nuevos caminos para el desarrollo de la humanidad. El hecho de que puedan existir abusos y prácticas irregulares no significa que haya que combatir todo progreso en este campo. Significa, en cambio, que el orden científico debe estar subordinado a un orden superior, en el cual categorías valorativas establecidas por cada sociedad señalen los límites de su aplicación. Por ello, es importante evitar que el engendrar un hijo se convierta en una cuestión de laboratorio, o que la mujer sea definida cada vez más en términos de su capacidad reproductiva y cada vez menos como ser humano. Así, en la medida en que se utilicen respetando la propuesta ética de la dignidad humana — en particular la de la mujer—, las nuevas técnicas de reproducción asistida coadyuvarán a que la vida sea más digna de ser vivida. (1993:240)

Por su parte, Ingrid Araque Sayago, remarca la necesidad de desarrollar marcos regulatorios en Venezuela, en virtud de la no existencia de absolutamente ningún instrumento legal que aborde la reproducción humana asistida. Esta autora refiere que

Como corolario de la aplicación de estas técnicas, en circunstancias de hecho no previstas, surgen diversos problemas jurídicos que sin duda reclaman soluciones que deben ser atendidas. Ejemplos de estos problemas, son los siguientes: la presunción y determinación de la maternidad y de la paternidad; disposiciones en el caso de los padres fallezcan durante la gestación; el derecho de los padres a rechazar al bebé por malformaciones y pedir a la madre sustituta el aborto del mismo. En la legislación venezolana no se cuenta con regulación expresa que contemple la situación de la madre que da a luz un hijo que genéticamente no es suyo porque el óvulo es de otra mujer, denominado también 'madres sustitutas'. Si bien actualmente existe un vacío legislativo en lo que a conceptos sobre materia de reproducción asistida se refiere, existen algunas Sentencias del Tribunal Supremo de Justicia para casos asociados a las TRHA. La tarea de regular sobre esta materia de trascendencia social se encuentra en cabeza de la Asamblea Nacional, órgano legislativo que se encuentra limitado en sus funciones debido a la constante intromisión e invasión de los poderes ejecutivo y judicial. En este sentido, será una deuda que se podrá saldar, luego de que se recobre el Estado de Derecho en Venezuela. (2017:23-24).

Y por supuesto, están las voces desde el Feminismo, que también reclaman la urgente necesidad no solo de legislar en esta materia, sino de realizar investigaciones con perspectiva feminista y desde la experiencia de las mujeres. Al respecto, Dora Cardaci y Ana Sánchez nos indican que

(...) se definen diversas demandas que deberían ser incorporadas a la agenda de los movimientos sociales y el feminismo, entre ellas se encuentran una mayor reglamentación y difusión de las técnicas existentes y de las investigaciones en curso, para permitir decisiones conscientes respecto al derecho a decidir sobre el empleo de estas técnicas en los cuerpos de las mujeres la generación de investigaciones históricas que den cuenta de lo que ha implicado ser un hombre y ser un padre; la redefinición de las funciones materna y paterna; y la recuperación del poder que tenían las mujeres, en términos reales o simbólicos, sobre la reproducción de la especie (...) varias autoras hacen un llamado a las mujeres a expresarse también sobre la bioética de la procreación. Este exhorto busca atraer la atención respecto a que ninguna parece interrogarse sobre las finalidades, costos y beneficios de la reproducción asistida ni sobre la existencia de dos éticas diferentes: la de las y los científicos que manipulan los embriones y la de la madre potencial. (2009:28-29).

La ética y la moral no están peleadas con la ciencia y la técnica, en todo caso, reconocen en ellas una manera de mejorar las condiciones de vida de las personas. Ciertamente, la ciencia y la tecnología han logrado increíbles avances clínicos y terapéuticos, siendo adoptado en consecuencia que todas las medidas científicas denominadas terapéuticas deban ser aplicadas en todos los casos posibles a fin de resguardar la vida. El asunto aquí es que las TRHA no son terapéuticas, sino que pretenden lograr un fin, el procrear, sin remediar el daño.

Dicho de otra manera, la infertilidad de las mujeres (o de los hombres) seguirá existiendo, aún y cuando logren concebir por el uso de estas técnicas. Las técnicas de reproducción asistida pretenden que la pareja conciba a toda costa, aun y cuando la naturaleza física obstaculice este proceso de manera ordinaria. De allí la necesidad de un debate amplio e inclusivo, que permita aclarar el panorama ante tantos dilemas éticos que se desprenden de la medicina reproductiva. Como aporte

de nuestra investigación, consideramos que sería sumamente importante proponer la creación de Comités de Ética en cada centro de fertilidad, ya que ello podría contribuir a esclarecer los dilemas éticos que puedan presentarse en un momento dado ante cualquier caso particular.

## **Maternidad discriminada: ¿Tratamiento disponible solo para una clase privilegiada?**

*Dada la situación de inequidad en salud y la particular situación de las mujeres más pobres, el peso de la discriminación recae sobre ellas.  
Florescia Luna*

Hasta hace relativamente poco tiempo, las técnicas de reproducción humana asistida eran consideradas únicamente como terapéutica a las parejas con infertilidad/esterilidad, entendida como un problema de salud; en las últimas décadas se han asociado también a la autonomía personal y al ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Hoy en día, tanto sexualidad como reproducción se encuentran comprendidas en una concepción integral de la salud. Es indiscutible que la esfera sexual constituye un factor determinante en el desarrollo de la personalidad: como tal, es parte de la dignidad de toda persona, no es una dimensión secundaria de la vida humana sino que pertenece íntimamente a su constitución.

En estrecha comunión con lo anterior, las personas tienen derecho a decidir en sentido positivo o negativo sobre su reproducción, es decir, pueden tomar partido respecto a ellas mismas sobre la aplicación de medidas de anticoncepción o contracepción, tratamientos seguros para fertilidad, infertilidad, información actualizada sobre medicamentos, tecnologías y tratamientos médicos, en función de la procreación, incluyendo las TRHA en cualquiera de sus variantes, sin discriminación de ningún tipo, ya que todos estos aspectos se encuentran garantizados en diversos instrumentos legales y normativos tanto en el ámbito nacional como internacional, y amparados en Convenciones Internacionales. Sin embargo, el derecho a la procreación no es ilimitado, como no lo es ningún derecho subjetivo. Su límite esencial está en el derecho de los demás, y especialmente en los potenciales derechos del/la niño/a por procrear. Pero el principio de no discriminación debe ser la brújula para regular legalmente el acceso a las TRHA.

Al respecto, Caridad Valdés señala que

Actualmente, algunos consideran a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, que incluyen el derecho de toda persona a vivir y tener control sobre su sexualidad. Tienen por base los principios de autonomía, igualdad y diversidad, así como la integridad corporal. Su reconocimiento como derechos inseparables de la condición de persona no ha implicado su inmediata incorporación a los derechos fundamentales consagrados en las Constituciones, ni tampoco al elenco de los derechos inherentes a la personalidad, usualmente enumerados en las normas civiles. Pero así debe ocurrir, en tanto son derechos inalienables vinculados esencialmente al ser humano; constituyen una legítima expectativa de respeto a su dignidad. Estos derechos se vinculan e interrelacionan, aunque no se identifican plenamente. Hoy en día, tanto sexualidad como reproducción se encuentran comprendidas en una concepción integral de la salud. De una parte, es indiscutible que la esfera sexual constituye un factor determinante en el desarrollo de la personalidad. Como tal, es parte de la dignidad de todo individuo; no es una dimensión secundaria de la vida humana; pertenece íntimamente a su constitución. Toda persona tiene derecho a vivir plenamente con entera libertad, con el normal acotamiento que establecen las leyes, tomando en cuenta la moral social imperante y con el valladar individual que establece cada quien. Los derechos sexuales atribuyen una situación jurídica de poder a la persona para que pueda vivir y tener control sobre su sexualidad, incluyendo la posibilidad de pedir y obtener información sobre estos temas, así como sobre los cuidados preventivos y curativos necesarios para mantener la salud en esta esfera. (2017:11-12).

Los derechos sexuales y reproductivos deben reconocerse también a todas las personas, garantizando su ejercicio a través de políticas públicas efectivas, diseñadas sobre criterios de justicia distributiva y teniendo como base los principios éticos de autonomía, igualdad, diversidad, en comunión con el ejercicio de los derechos inherentes a la personalidad. Los derechos sexuales y reproductivos en relación con el tema que venimos abordando, deben ejercitarse con plena responsabilidad, porque en su ejercicio hay un límite natural que es el propio resultado de su práctica: la procreación de nuevos seres humanos.

No obstante a todo lo expuesto, la discriminación de índole económica es bastante marcada, no solo en nuestro país, sino también en el ámbito mundial. Las mujeres que carecen de recursos económicos para acceder a estas costosas prácticas

médicas, son brutalmente discriminadas, y se les conculcan sus derechos sexuales y reproductivos, al no poder acceder a este tipo de tecnologías en caso que así lo requirieran o lo quieran. A continuación develaremos algunos discursos de nuestras informantes en los que ciertamente abordan este aspecto:

Informante N° 2: *“todo lo que implicaba económicamente (...) obviamente no se parece en nada a lo que tenemos en la actualidad, a los actuales momentos; ahorita yo creo que no podría comprar ni una inyectora (...) y es duro y yo ahí lo vi y lo viví, donde a uno no le importaba vender el carro, la casa, lo que fuera con tal de conseguir, y muchos lo hacían, el nivel de endeudamiento era increíble, o sea, una vez que uno se mete ahí, no le importa a uno nada”.*

Informante N° 3: *“Si tuviera la plata, lo vuelvo a hacer, porque ahorita debe estar un poquito costoso y te repito, pues la situación país no me permite (...) ahorita yo te digo que por costos estoy atada de manos, pero si fuera por gusto y porque quiero, por supuesto que de querer quiero, pero ya son otras las condiciones que lo limitan a uno (...) en aquel momento yo pedí adelanto de prestaciones y con eso pagué mi tratamiento, aparte que tuve la ayuda del seguro social. En este momento no podría.”*

Informante N° 4: *“aparte que no es nada económico, o sea en ese entonces te estoy hablando que muy sinceramente eso me costó 4000 dólares más todo lo que tiene, yo no saque nunca las cuentas, pero yo pague en el centro 4000 dólares solamente para el in vitro, aparte de eso, los exámenes y los medicamentos que era como quien dice en ese entonces lo más difícil de conseguir, porque claro, como no había (...) y nosotros muy en secreto sabíamos que era 1 hembra y 1 varón, porque el doctor había permitido que le hiciéramos la selección del sexo, y eso tenía un costo aparte, y firmábamos un bojote de cosas ahí y no sé qué.”*

Informante N° 5: *“también el otro punto importante es la parte económica porque estamos hablando de dinero, no es solo el dinero del procedimiento, sino el dinero de los medicamentos que en ese momento en Venezuela había que traerlos de Colombia, había que traerlos de afuera.”*

Informante N° 6: *“porque es que la parte económica era importante, era caro, no quiero ni pensar cuanto estará ahorita eso, pero eso allí era caro, y bueno, pero fijate el estatus que uno tenía, parte de lo que yo ahorra en vez de comprar cualquier cosa, no se que, era para eso, era como que cuando yo ahorré para mi carro, verdad; yo ahorré porque claro, yo era la que quería, mucho más que mi ex porque el tenía sus hijos ya (...) yo dije bueno así como yo planifico tener un apartamento, tener esto, pero ves que lo planifique tarde (...) claro, estas otras estrellas de cine pueden*

*probar 6 veces, 8 veces; yo no tenia pues la parte capital para seguir, y siempre, eso es lo que creo yo que pasó, que yo debí empeñarme, me faltó dejar el todo por el todo, así como hacías un postgrado, así como en los estudios, me faltó eso allí (...) pero si yo no hubiera contado con esa disponibilidad económica no lo hubiera podido hacer, era sumamente caro.*

A partir del discurso de nuestras informantes se devela que, aun cuando algunas de ellas gozaron de la disponibilidad económica para acceder a estos tratamientos en más de una oportunidad, otras manifestaron su imposibilidad de continuar intentándolo en virtud de la incapacidad económica para cubrir sus elevados costos. Si nos centramos en sus discursos y la posibilidad de acceso a las TRHA, podemos aventurarnos a afirmar que existe una sobredeterminación de la dimensión económica por sobre los mandatos de género: la maternidad es alentada para aquellas mujeres que se sitúan en los estratos socio económicos con mayores recursos, y se mantiene al margen en lo referente a brindar asistencia en materia de reproducción asistida para las poblaciones menos beneficiadas, sobre todo porque realmente el fin de estas técnicas no es “curar la enfermedad” sino poner al servicio de la ciencia la posibilidad de “producir hijos/as”.

Al respecto, señalan Alba y Gallardo que

Efectivamente, la finalidad de las TRA no es alcanzar la fertilidad a hombres y mujeres que no la poseen, ni curar dicha patología. Por el contrario, los tratamientos buscan, además de contribuir en el campo de la investigación, ayudar a las parejas a cumplir su deseo de concebir un hijo. En este sentido, la igualdad de condiciones para el acceso a los tratamientos es inexistente, y deja claro que, hoy por hoy, tener un hijo no es un problema si se cuenta con los recursos económicos suficientes. (2023:33).

En otras palabras, si una pareja se demora en formar una familia no obedece al tiempo, sino al dinero. Ahora bien, el principio bioético de justicia reconocido por Beauchamp y Childress, al cual ya hemos hecho mención, establece la necesidad de una distribución justa y equitativa de los recursos de salud para todas las personas.

Aplicado al tema de las TRHA, este principio significaría entonces que todas las personas tengan igualdad de oportunidades de acceso a ellas; sin embargo esto no ocurre así en la realidad de la mayoría de los países del mundo, incluida por supuesto, Venezuela. Para combatir la desigualdad en este acceso, sería necesario establecer políticas públicas de salud que permitan un mayor acceso a las TRHA y eviten las limitaciones económicas que pueden impedir su acceso.

Aunque en muchos países existe atención pública para la medicina reproductiva, en Venezuela todas las clínicas o Centros de Fertilidad son privados (Gómez, 2020). En países como Argentina y España, los tratamientos de fertilidad están disponibles tanto en clínicas privadas como en la Seguridad Social, no suponiendo este último, ningún costo para las pacientes, es decir, que en los centros públicos, los tratamientos son gratuitos (por supuesto con sus restricciones y retrasos propios de la salud pública). A propósito de esto, Esparza y Cano nos comentan que

De acuerdo con los datos registrados en el reporte de la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad (IFFS, por sus siglas en inglés), la prestación de asistencia reproductiva ha experimentado un crecimiento constante en los últimos años debido a una mejor comprensión de las causas de infertilidad y al aumento en las oportunidades de hacer uso de procedimientos de fertilización *in vitro* en un mayor número de países en todo el mundo. Pese al avance en la materia, este informe revela la brecha existente entre la necesidad de servicio y el apoyo financiero de los Estados y asegurados. Sobre el tópico “financiamiento gubernamental basado en el estado de fertilidad”, 37 países, de setenta que respondieron la encuesta, informaron que en su país se proporciona cobertura para tratamientos de infertilidad. De los 46 países que reportaron proveer en algún nivel financiamiento gubernamental, 34 tienen un plan nacional, nueve planes regionales, y cuatro planes locales. (2018:38).

Sin embargo, en nuestro país esto no ocurre; todos los procedimientos de reproducción asistida deben ser autofinanciados si se quiere acceder a ellos, lo cual implica costos que no son accesibles a todos los estratos socioeconómicos, con lo que se convierte en un asunto de discriminación a su acceso derivado de la condición socioeconómica de las personas, que para el caso de Venezuela, ha sido

duramente golpeada en los últimos años; solo algunos Centros de Fertilidad en el país, para tratar de paliar un poco la situación, ponen a disposición de las pacientes algunas alternativas de financiamiento para el acceso a estas técnicas, las cuales tampoco son accesibles a toda la población.

Por otra parte y en lo que se refiere a los procedimientos antes comentados, con respecto a la posibilidad de seleccionar el sexo del embrión, actualmente en ningún país del mundo está financiada la selección de sexo sin fines terapéuticos (Jiménez, 2017), por lo que sólo pueden acceder a la prueba las parejas que tienen suficiente poder adquisitivo para hacerlo, siempre y cuando esté permitido o haya un vacío legal en el país donde se realice (como es el caso de Venezuela), tal como se evidencia del discurso de nuestra informante N° 4 en una subcategoría anterior, quien sí tuvo la oportunidad económica de acceder a ello.

Los costos de los tratamientos de reproducción asistida en Venezuela, varían en dependencia de varios factores como: edad de la paciente, tipo de técnica de reproducción asistida utilizada (inseminación artificial, fecundación in vitro convencional, microinyección espermática ICSI, uso de gametos donados, entre otras) y de la cantidad de medicamentos utilizados dentro del protocolo de los distintos tratamientos así como también los que se requieren para estimular la ovulación; entre muchos otros factores derivados de la situación económica del país (tales como necesidad de envío de muestras a otros países para su análisis por falta de algunos reactivos especiales, necesidad de adquirir medicamentos en otros países por escasez en el nuestro, entre otros).

Según la revisión realizada en las páginas web de algunos de los Centros de Fertilidad más importantes del país, las técnicas más sencillas de reproducción asistida, como la estimulación ovárica, tienen en estas clínicas privadas un costo

cercano a los setecientos dólares por cada vez que se realice el tratamiento, y una inseminación artificial puede estar alrededor de los mil dólares, sin embargo, esto puede variar según la técnica de capacitación espermática utilizada para mejorar los espermatozoides o si se utiliza el Banco de Semen; las técnicas más complejas (FIV-ICSI) rondan para cada intento, alrededor de los cuatro a cinco mil dólares, más aproximadamente unos dos mil dólares en medicamentos propios del tratamiento.

Aunque en Venezuela no se manejan cifras estadísticas oficiales actuales de la prevalencia de infertilidad, no obstante podríamos hacer una extrapolación de los datos reportados por la OMS (2020), por lo que estimaríamos que aproximadamente un 15% de la población de nuestro país padecería trastornos reproductivos; pero es que además, tampoco se cuenta con datos oficiales de cuántas de nuestras mujeres acceden realmente a estas técnicas, en virtud del subregistro en instituciones como por ejemplo la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA) que es el organismo encargado de catalogar anualmente todos los resultados de TRHA reportados por Centros de Fertilidad en Latinoamérica, ya que según el último reporte publicado por esta Red (REDLARA, 2019), solo 4 Centros de Fertilidad en Venezuela registraron datos, del total de 27 centros privados que se dedican a esta especialidad en nuestro país (Gómez, 2020).

Tampoco existe la posibilidad de saber cuántas mujeres en los distintos estratos socioeconómicos y que forman parte de ese probable 15% de población infértil de nuestro país, desean acudir a las TRHA y cuántas realmente podrían enfrentar los costos que estos tratamientos suponen, ya que no existen estadísticas publicadas en fuentes oficiales ni estudios poblacionales realizados al respecto, por lo que se hace necesario reiterar la necesidad de abordar este tema con investigaciones que sean desarrolladas con perspectiva de género, así como el desarrollo de políticas de salud pública en salud sexual y reproductiva, ya que nuestro país, ha obviado por

completo la temática de la reproducción asistida en las políticas de salud existentes hasta el momento, y en consecuencia, han dejado el camino libre y le han dado rienda suelta a lo que cada Centro de Fertilidad privado disponga a su conveniencia, dándole posibilidad de acceso a las TRHA sólo a mujeres de estratos socioeconómicos altos. Como resultado de ello, las mujeres de bajos recursos en nuestro país están sujetas a un sistema de atención que las deja en una situación de injusticia permanente, pues ya no se trata solo de que no puedan acceder en términos económicos a las TRHA, sino que muchas veces no pueden siquiera conocer el estado de su salud reproductiva, al no poder acceder a los estudios que permitan evaluarla, ya que aun cuando se establece en algunos instrumentos normativos su supuesta garantía (Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, 2013) la realidad es que en nuestro Sistema Público Nacional de Salud, hasta el momento, no se han hecho operativas.

En consonancia con lo que hemos venido esbozando, Esparza y Cano señalan que

Otro factor importante en el acceso a los centros de tratamiento de la infertilidad es el relativo al costo; en los países en desarrollo, que operan fuera de los servicios de salud financiados por el gobierno, sólo podrán acceder a esos servicios aquellas personas que cuentan con recursos para pagarlos. El alto costo a nivel mundial de las técnicas de reproducción asistida es un problema internacional que afecta a muchos países. Existen grandes disparidades en la disponibilidad, calidad y prestación de servicios de infertilidad entre las naciones desarrolladas y en desarrollo en el mundo. Dependiendo de la política nacional de salud de un país, el costo para el consumidor puede variar de 0 a 100% del costo total. Esta situación deja desprotegido a un sector de la población, que demanda servicios médicos para el tratamiento de su infertilidad, aspecto que en muchos casos se convierte en una barrera en términos de accesibilidad a los servicios de salud, toda vez que podrían acceder a los tratamientos de reproducción asistida quienes tengan recursos económicos para financiarlos, situación que genera una discriminación de la población desfavorecida económicamente. (2018:39)

Por otra parte, la situación de la reproducción asistida en el panorama mundial, hace que la medicina reproductiva se convierta en una medicina de “negocio”, y se establezcan programas económicos que puedan favorecer los intereses tanto de las

clínicas privadas como de las parejas que acuden a los tratamientos. Este modo de actuar desvía recursos humanos y técnicos hacia la “fabricación de hijos/as”, restando esfuerzos a la auténtica labor que amerita esta situación: encontrar un tratamiento curativo para la infertilidad/esterilidad real o presunta. Así, mientras que se fabrican niños/as en serie, y con control de calidad, el estudio de muchas cuestiones de fisiología reproductiva y de los mecanismos de la infertilidad/esterilidad de origen indeterminado sigue en ciernes, y se da un escaso ritmo de investigación y de práctica en su prevención. El problema es de vastas dimensiones pues las cifras estadísticas muestran que la infertilidad, tanto femenina como masculina, va en aumento (OMS, 2020). Por estas razones, se debe condenar a quienes se dedican a practicar estas técnicas, movidos por el mero afán de lucro.

Al respecto, Ana Güezmes señala que todos estos asuntos son de interés en la agenda de los movimientos feministas, sobre todo en Latinoamérica, pues

Habitualmente, se suele obviar en el debate –y es un dato central– que la infertilidad muchas veces es una consecuencia de enfermedades de transmisión sexual, de complicaciones de uso de dispositivos intrauterinos anticonceptivos (DIU), de ciertas prácticas quirúrgicas, de abortos inseguros, del uso de medicamentos, y cada vez más de factores ambientales. Muchos de estos factores podrían ser abordados con adecuadas políticas preventivas y tratamientos oportunos frente a las ITR (infecciones del tracto reproductivo). Me gustaría señalar cómo las políticas que dicen “tratar” la infertilidad deberían centrarse prioritariamente en las causas y factores asociados. Esto involucraría mayores esfuerzos en la investigación, las terapias para las ITR, ETS, incluido VIH, la promoción del uso de condón masculino y femenino, el desarrollo de la investigación sobre microbicidas, y el estudio del impacto ambiental, especialmente de la contaminación física y química sobre la reproducción. Estos asuntos son temas de la agenda feminista y de los grupos que trabajan para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA, pero no así encajan en las prioridades de investigación y de los ministerios de salud. Un aspecto fundamental es que estas prestaciones y planes de atención sean parte de los servicios públicos y de los seguros privados, lo que a menudo no ocurre en los países de América Latina y el Caribe. (s/f:42).

En relación con lo que nos plantea Ana Güezmes, otro aspecto a tener en cuenta es la no inclusión de la medicina reproductiva en los seguros médicos, e incluso la no

cobertura en casos de embarazos múltiples o de alta complejidad en nuestro país, tal como ocurrió con una de nuestras informantes, cuyo parto múltiple, prematuro y complicado, tuvo desatención por parte de su cobertura de seguro médico:

Informante N° 1: *“porque para la fecha [del parto], era los primeros días de enero, todo el mundo está de vacaciones, a parte de la crisis que estamos viviendo y aparte de la cantidad de semanas que tenía... mi seguro me daba la aprobación, la carta aval para el momento y la cantidad de días que necesitara, ilimitado, pero este, tuve varias desventajas, y una de ellas es que mi seguro no cubría para las complicaciones que presentaba.”*

Podemos extraer de su discurso el desamparo en materia de cobertura de salud a partir de los seguros médicos en Venezuela. En distintos países donde se encuentra regulada la fertilización asistida, existen seguros médicos con el acceso a estas técnicas entre sus coberturas (por supuesto con sus requisitos y limitaciones), cubriendo no sólo las técnicas como tal (tanto de baja como de alta complejidad), sino también otros procedimientos necesarios para llevarlas a cabo, como consultas de ginecología, pruebas diagnósticas, estimulación de la ovulación y atención del parto (Garrido, 2014); sin embargo, en Venezuela esto no ocurre. Las pólizas de seguro en Venezuela, excluyen claramente los estudios de fertilidad humana o de reproducción asistida, y en cuanto a las coberturas en casos de embarazos múltiples o partos con complicaciones, también hay ciertas restricciones con coberturas parciales (seguroscaracas.com, s/f).

A propósito de esto que venimos comentando, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos señalan varios aspectos

(...) dichos tratamientos pueden ser costosos y existen disparidades en cuanto al acceso a estos servicios y a su uso. Se ha estimado que el costo promedio de un solo ciclo de FIV en los Estados Unidos es de más de \$12 000. En el 2006, quince estados tenían leyes que establecían que las aseguradoras debían cubrir u ofrecer algún nivel de cobertura para el tratamiento de la infertilidad. La cobertura del seguro podría aumentar el uso de transferencia electiva de embrión único en los procedimientos con TRA, con una consecuente mejora en los resultados de nacimientos producto de tales procedimientos. Es claro que existen disparidades

económicas, regionales y raciales o étnicas en el acceso y en el uso de los servicios para la infertilidad. Incluso en los estados con un acceso más equitativo a la atención médica debido a las exigencias en materia de seguros, se han encontrado diferencias raciales o étnicas en el índice de resultados adversos para la salud tras el uso de tratamientos para la infertilidad. (2014:15).

Adicionalmente, quisiéramos considerar que si bien es cierto que la Organización Mundial de la Salud definió la infertilidad como: “una enfermedad” (OMS,2020), y que por tanto, debería ser un derecho fundamental conseguir la terapia para esa enfermedad, así como la curación de un estado de variación anatómica o fisiológica no reversible, por lo que las mujeres (y sus parejas) infértiles deberían tener el derecho a ser tratadas por todos los medios disponibles, la realidad es que actualmente en Medicina Reproductiva eso no ocurre en la mayor parte de los países del mundo, mucho menos en Latinoamérica y en Venezuela está absolutamente excluido tanto de los servicios de Seguros Médicos, como del Sistema Público Nacional de Salud, por tanto las mujeres venezolanas no cuentan con ninguna forma de cubrir económicamente los tratamientos de fertilidad salvo que sea de forma autofinanciada.

Paula Siverino (2012) explica en este sentido y a propósito de una investigación realizada en Perú, que

Se debate si la infertilidad debe o no ser considerada una enfermedad. Esto tiene consecuencias muy concretas, tales como la posibilidad de demandar del Estado o de servicios de medicina privada la cobertura de los tratamientos, que son altos y privativos, por sus costos, para muchas personas. En América Latina surgen tensiones al reflexionar si la fertilización asistida debiera ser admitida como una prioridad social en el difícil contexto de las carencias de los sistemas públicos de salud y la lucha contra la desnutrición, la violencia y enfermedades relacionadas con la pobreza, en situaciones dentro de países con marcadas disparidades sociales. La Asociación Médica Mundial ha dicho que “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 psicosociales 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”. Se ha señalado que debe

dirimirse si se estaría frente a personas que padecen una enfermedad o discapacidad o, por el contrario, de personas que funcionan como clientes y demandan un servicio. Desde otro enfoque, una reciente y completa investigación en el medio peruano deduce que habría motivos suficientes para considerar a la infertilidad no solo una enfermedad, sino una que debería ser entendida como problema de salud pública. Asimismo, análisis y estadísticas actuales han llevado a sostener que la infertilidad es una dolencia cuya tasa de prevalencia e incidencia creciente la han vuelto un problema de salud pública, especialmente en Europa y paulatinamente en algunos países de América Central y Latina. (2012:214).

En consonancia con lo expresado por Siverino, Ana Güzmes nos deja una interrogante sobre el tapete, al plantear que

Si consideramos el derecho al avance científico, y el acceso a las TRA como parte de las prestaciones para hacer realidad los derechos reproductivos, debería asegurarse el acceso progresivamente a toda la población. Esta inclusión tendría dos ventajas: por un lado, se evitaría que las personas de mayor poder económico fuesen las únicas que se benefician de estas técnicas y, por otro, se limitaría el lucro y el comercio genético. En otro sentido, debemos luchar contra las exclusiones de las enfermedades genéticas en los planes de salud, lo que ayudaría a limitar la expansión de las ideas eugenésicas. Sin embargo, como salubrista, no puedo dejar de pensar en los limitados recursos de nuestras sanidades públicas, ¿la tecnología de mayor complejidad, con alto costo, debe ser subsidiada? (s/f:48).

Una interrogante que hasta el momento no tiene una respuesta única. Como podemos darnos cuenta, se trata de un tema que resulta controversial y en el que aún queda mucho por hacer; sin duda alguna, deben darse debates profundos, con amplia participación, desde la ética y por supuesto con perspectiva de género, pero sobre todo desde las voces de las propias mujeres que viven las distintas experiencias asociadas a las TRHA, para así poder garantizar la equidad en relación con la posibilidad de acceso que deberían tener todas las personas, si se considera como un derecho reproductivo, de modo que puedan lograrse consensos al respecto en el ámbito mundial. Al respecto nos remarca esta misma autora que

Hablar de TRA cuando dos tercios de la población mundial vive en condiciones de precariedad, emerge a todas luces como contradicción. Sin embargo, desde el feminismo se resalta la importancia de escuchar y visibilizar las voces de las mujeres, en la medida que la reproducción

biológica de la especie se materializa en el cuerpo de la mujer. El feminismo propone la teorización en primera persona desde nuestras propias experiencias y de las relaciones que establecemos. Es a las mujeres a las que compete una voz importante en el análisis de estos temas y, por otro lado, llamamos la atención acerca de que son las mujeres las principales ausentes en este debate. (s/f:34).

Por otra parte, en cuanto a la subrogación y la ovodonación, también hay que tener presente que con este tipo de tecnología que interviene el cuerpo de las mujeres, surgen otros problemas para las mujeres desde el punto de vista de los intereses económicos, ya sea gestante (subrogación) o donante (ovodonación), como lo es la instrumentalización de sus cuerpos, que puede llegar al extremo de generar un mercado o "turismo reproductivo" si las condiciones económicas de su país de origen lo promueven, ya sea en países con economías emergentes, en donde las mujeres padecen pobreza extrema y no existe reglamentación para las tecnologías reproductivas, o en países desarrollados, en los cuales se fomenta esta industria de manera abierta con la legislación correspondiente y las mujeres, de manera informada y autónoma, ponen a la venta sus células germinales o rentan sus úteros. En este sentido, nos explican Blázquez y colaboradoras que

(...) existen muchas lagunas legales en torno a la regulación de las TRA. Estas ambigüedades jurídicas propician el denominado "turismo reproductivo" o "servicio reproductivo internacional" para referir al acceso transnacional de TRA. Esto se ha problematizado como un claro ejemplo de la explotación y mercantilización del cuerpo y reproducción de las mujeres en lo que parece ser una cadena mundial de trabajo reproductivo como expresión no solo de la desigualdad de género, sino también de la asimetría entre países y estratificación socioeconómica. El mercado global de las TRA incluye grupos de personas provenientes de Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña, que viajan hacia países del sur — mayoritariamente en Latinoamérica, Asia, India, Singapur, Malasia, Corea del Sur y Tailandia— para establecer contratos de gestación por sustitución, obtener gametos y embriones, y/o servicios como la inyección intracitoplásmica o la FIV. Mientras que quienes proveen donaciones de gametos o tejidos reproductivos son biodisponibles al servicio de los compradores. Una de las principales razones por las cuales las personas buscan el consumo transnacional de TRA es para evadir restricciones legales y éticas en sus países de origen, por lo cual viajan a regiones donde no hay regulación alguna. (2022:286).

Del mismo modo María Eugenia Olavarría afianza lo expresado indicándonos que

La reproducción tecnológica está lejos de ser una herramienta políticamente neutra. Se asiste a una división global del trabajo reproductivo. Las mujeres de países pobres son campo fértil en el sentido literal y metafórico de la expresión, para ser empleadas como úteros subrogados. Así como un gran número de mujeres pobres ya ha sido explotado como fuerza de trabajo doméstico y sexual, ahora se les ocupa como fuerza de trabajo reproductivo. Con la novedad de que sus "productos" (los niños) serán a gusto del cliente, es decir, de quien aporte el material genético y el dinero para subvencionar la técnica reproductiva ad hoc. Hay que reflexionar sobre el hecho de que estas tecnologías reproductivas no son diferentes a otras como los trasplantes, los órganos y tejidos artificiales y que si siguen los esquemas de estas últimas, pueden convertirse igualmente en la base de un auténtico mercado asimétrico en el plano global. (2002:110).

En concordancia con lo expresado por estas autoras, Serrano y Linares (1993) realizan una amplia disertación sobre la explotación y objetivación de las mujeres por razones económicas, indicando que

Desde el punto de vista de las nuevas técnicas de reproducción asistida en su relación con la mujer, la venta de óvulos es inquietante. Se requiere una intervención quirúrgica que necesariamente implica una intromisión en la intimidad de la mujer y, por lo tanto, un mayor potencial de daño que el existente para el hombre en la donación de semen. Además, parece inevitable que, de aceptarse que los óvulos y el vientre femenino sean objetos de comercio, se fomente la percepción de la mujer y de su cuerpo como un objeto más dentro del proceso de procreación. Como resultado de esta visión, la trascendencia protagónica de la mujer en dicho proceso resultaría cada vez más disminuida. Otro aspecto relacionado con la tendencia a ver a la mujer como objeto se refiere a la separación cada vez más tajante entre mujer y embrión, y a la confrontación de los derechos de la mujer frente a los derechos del embrión. Tratar al embrión como una entidad separada, lo desconecta de su fuente, como si la mujer no formara parte de su posibilidad misma de existir. Se produce entonces una clara objetivación del cuerpo femenino, pues la participación de la mujer se expresa y se reduce a cuestiones "funcionales": producción de óvulos, gestación del feto, etc. Bajo esta óptica, el "ser utilizada para", concepto que la mujer ha rebatido a lo largo de los años, adquiere una nueva dimensión bajo el concepto de "ser reducida a". En consecuencia, en aras de lograr mayores nacimientos como fruto de las nuevas técnicas de reproducción asistida, se podría llegar a la manipulación del cuerpo de la mujer sin restricciones legales, y ni qué decir del abuso de su dignidad como persona. Primaría una visión reduccionista donde la mujer ya no merecería atención como ser humano completo. (1993:238-239).

La explotación reproductiva de mujeres es actualmente una de las principales cuestiones que enfrenta el feminismo en el ámbito internacional, y que se ha convertido en un floreciente negocio. Supone una grave agresión contra las mujeres, un atentado contra su dignidad y contra la dignidad de la infancia. Además de atentar contra las mujeres en todas las dimensiones posibles, la explotación reproductiva es, además, contraria a la bioética más elemental: fabrica seres humanos como productos a la carta y trafica con seres humanos como si fueran mercancías que se pueden comprar y vender. Sin embargo, no podemos obviar el hecho de que la relación entre el feminismo y las técnicas de reproducción asistida ha sido una historia de encuentros y desencuentros, siendo este tema, uno de los que probablemente genera más debate actualmente, pues divide al feminismo entre detractoras y defensoras.

A propósito de esto, Aitor Romeo Echeverría realizó un estudio en España para conocer la opinión de las feministas sobre la gestación subrogada, encontrando que

(...) existen diferencias en la opinión de las feministas dependiendo de la corriente feminista con la que se identifican. Así, las feministas radicales y las feministas de clase, de forma mayoritaria, se posicionan en contra de la regulación de los vientres de alquiler, mientras que las feministas liberales y aquellas feministas que no se identifican con ninguna corriente muestran actitudes más proclives a la legalización o regulación de dicha práctica. En cuanto al resto de perspectivas feministas, de forma general parecen adoptar una opinión contraria a la gestación subrogada, si bien es cierto que en este caso las opiniones fluctúan más entre ambos polos. (2019:23).

Todo lo descrito converge en una sola dirección: la necesidad de legislar sobre el uso de dichas técnicas tomando como fundamento la salvaguardia jurídica, ética y moral de los intereses de las mujeres; de otra forma no podrá evitarse que la reproducción de los seres humanos pierda su naturaleza, ni que la procreación se convierta en una industria, los/as niños/as en productos, y los hombres y mujeres en instrumentos de producción.

## CONSIDERACIONES FINALES

### A modo de colofón...

*No seas lo que otros quieren que seas, se lo que tú eres*  
*Alejandro Jodorowsky*

Ser o no ser madre debe ser una decisión fundamentada en el ejercicio de la libertad y de los derechos (sexuales y reproductivos). Ese debería ser el primer principio: ser o no ser con la plena conciencia de lo que ello implica, partiendo de los deseos de cada mujer, de su proyección, de sus sueños. Ser o no ser al margen de los estereotipos sociales, de las obligaciones que imponen la pareja, la familia y la sociedad, de la línea de tiempo o del reloj biológico que marca la cultura patriarcal en la cual nos hemos desarrollado.

Esto no quiere decir que ello implique la negación de la maternidad, todo lo contrario. Diversos planteamientos teóricos desde el feminismo, abordan la maternidad como símbolo de poder, como fuente de placer y conocimiento (Adrienne Rich, 1976). Ahora bien, algo si es claro, la maternidad es plena cuando surge del deseo consciente de ser madre, cuando está fundamentada en el ejercicio del derecho a la libertad: la libertad de decidir, de elegir, libertad de ser... y no cuando es producto de una obligación institucionalizada. Como lo señalan Blázquez y colaboradoras

Uno de los elementos más relevantes que surgen del debate feminista sobre las TRA es el derecho a la maternidad libre y deseada que es el derecho a decidir libremente y democratizar las tecnologías reproductivas tanto anticonceptivas como pro-concepción para quienes lo deseen. (2002:292).

Sin embargo, la posibilidad de ser madres en aquellas mujeres que han sido diagnosticadas como infértiles (o sus parejas) por la ciencia médica, es una cuestión

que en algunos casos queda en entredicho, pues al analizar los discursos de nuestras informantes, así como mi propia vivencia personal, podemos observar que algunas de nosotras logramos embarazos de forma espontánea y natural. Esto nos deja algunas interrogantes: ¿Existe la posibilidad de que algunos diagnósticos sean erróneos, incompletos o sesgados?, ¿Existe la posibilidad de manejos inadecuados de la salud sexual y reproductiva de las mujeres luego del “diagnóstico” de ellas o de sus parejas?, ¿Se pudo haber evitado con buenas políticas de salud sexual y reproductiva? ¿Es posible que las pérdidas en el caso de los embarazos logrados de forma natural, sean debidas a los mismos tratamientos y procedimientos que recibieron nuestras informantes?, ¿Podría haberse evitado las consecuencias a su salud producto de dicho diagnóstico y de la aplicación de estas tecnologías?, ¿Es posible que toda la presión de la que somos objeto, influya en nuestra fertilidad?

En relación con esta última interrogante, una de nuestras informantes nos dice lo siguiente:

*Informante N° 4: Entonces ya uno ahorita, que ya pase por el proceso y como que la maternidad ha ido mermando en estrés, porque ya ellos están más grandes, me empiezo a preguntar si yo realmente no generé todo eso emocionalmente”.*

A propósito de mi experiencia y la de mis informantes, me permito citar a Silvia Tubert (1991) en algunos de los pasajes que presenta en su libro: *Mujeres sin sombra: Maternidad y Tecnología*, en el cual relata ciertas situaciones que se asemejan a mi historia, a la de mis informantes, así como a la de muchas mujeres, y que es la razón que le dio sustento a esta investigación:

Después de iniciarse los intentos de inseminación artificial, mujeres que hasta entonces habían ovulado normalmente, comenzaron a presentar ciclos anovulatorios. Therese Benedek y sus colaboradores estudiaron a seis mujeres que se habían sometido a la inseminación artificial porque sus maridos tenían problemas de infertilidad relativa, al mismo tiempo que iniciaban una psicoterapia. Se pudo observar que la inseminación artificial no solo perturbaba el funcionamiento de los órganos genitales de las mujeres sino que también ejercía una influencia desfavorable sobre la potencia y la fertilidad de los maridos y sobre la vida sexual de la

pareja en general. Una de las parejas logró un embarazo tras interrumpir los intentos de inseminación y decidir la adopción de un niño. En los cinco casos restantes no se lograron resultados positivos. Cuando se vieron ante la posibilidad de realizar sus deseos conscientes de maternidad, se desorganizaron tanto que perdieron, al menos temporalmente, su fertilidad. Esto nos demuestra que ningún síntoma y, por consiguiente, ningún conflicto, se puede reducir por la fuerza, mediante la aplicación de alguna tecnología. La esterilidad *no* es un indicio de que una máquina está descompuesta y hay que buscar la pieza que falla para devolverle su funcionamiento normal. Será necesario sustituir la *mirada* médica y las operaciones que se derivan de ella, por una *escucha* de la palabra del/la paciente, único sitio en el que puede emerger el deseo. (1991: 156-157)

Esta misma autora también nos dice que

Un gran número de mujeres tratadas no son absolutamente incapaces de procrear, sino que solo tienen dificultades o necesitan más tiempo que la media de las demás mujeres (hipofértiles), pero pueden concebir naturalmente antes, durante o después del tratamiento de FIV. (1991:242).

E irreverentemente nos deja esta interrogante:

Ya hemos llegado al punto en que los propios médicos se preguntan: «¿Estamos explotando a las parejas infértiles?» (1991: 244).

Una cuestión que muchas veces se deja de lado se refiere a las consecuencias que el amplio uso de anticonceptivos orales (la mayor parte de ellos hormonales) que hacen las mujeres ha traído consigo: la disminución de las tasas de fecundidad y de manera paralela el incremento de los índices de infertilidad por el efecto que tienen las grandes concentraciones de sus componentes en el sistema reproductor femenino (lo cual no ocurre en los hombres, ya que para ellos no se han desarrollado tratamientos de este tipo, y la responsabilidad de la anticoncepción recae la mayor parte de las veces sobre las mujeres). Hay que destacar al respecto que, tanto en mi experiencia personal como la de todas nuestras informantes, consumimos anticonceptivos orales durante años, pues en esa búsqueda de mejorar nuestra calidad de vida, pospusimos la maternidad, y de allí el consumo de estos medicamentos, que en detrimento disminuyeron nuestra fertilidad. Sin embargo, la ciencia médica, controladora del cuerpo femenino, no informa a las mujeres de esta

posible hipofecundidad química, o peor aún, no nos dan la opción de la espera a que el cuerpo sea capaz de liberar todas esas hormonas y recuperar la fecundidad.

Por otra parte, también hay que considerar que una vez que una mujer logra iniciar los tratamientos necesarios para lograr la procreación (en virtud de su disponibilidad económica para ello), la cantidad de sustancias que consumen desorganizan increíblemente su fisiología, repercutiendo esas mismas sustancias en la propia fertilidad de las mujeres, lo cual quedó en evidencia en el discurso de nuestras informantes, quienes lograron embarazos espontáneos en momentos en los que habían suspendido los tratamientos de fertilidad; sin embargo, el desorden orgánico producto de dichos tratamientos trajo como consecuencia que esos embarazos fueran ectópicos, lo que acarreo consecuencias significativas a su salud.

De lo anterior se desprende la necesidad de reconocer y cuestionar lo que significa e implica la aplicación de las tecnologías de la reproducción desde el punto de vista de las prioridades sociales y de salud pública. En este sentido, quizá fuese más coherente y racional destinar los fondos que utilizan las investigaciones en este campo, a la investigación de las causas de la infertilidad/esterilidad, en lugar de buscar meros paliativos que muchas veces lejos de ser favorables causan más daño y sufrimiento que la solución misma al problema, ya que no hay tal solución, sólo la satisfacción de una “demanda”. Sería más conveniente entonces, destinar los costos de los procedimientos de Fertilización In Vitro, por ejemplo, que tienen solo un 15 a 20% de probabilidad de éxito, a una atención adecuada de las infecciones genitales, que constituyen la causa más frecuente de infertilidad en las mujeres, o a investigar las causas de origen ambiental, o incluso las causas de origen metabólico, endocrinológico e inmunológico que se derivan de nuestro estilo de vida. Sin duda alguna, el desarrollo de Políticas que atiendan estas cuestiones, permitiría un mejor y verdadero diagnóstico de las mujeres, lo cual impactaría en dar con la causa del

“problema”. Aunque ello luce como una alternativa más viable, sin lugar a dudas contraría el poder económico oculto detrás de la ciencia al cual le conviene más “seguir produciendo hijos/as a la carta” aun en detrimento de las mujeres.

Como señala María Eugenia Olavarria

En lugar de una acertada prevención de la infertilidad —que supone una auténtica educación sexual— las sociedades modernas han preferido desarrollar una “medicina de boutique” que se reduce a un conjunto de sistemas de control y manipulación del cuerpo de las mujeres, puesto que finalmente será el aparato médico-jurídico el que decida quiénes, cómo y cuándo pueden acceder a estas sofisticadas herramientas. Tales concepciones, basadas en una universalización del cuerpo femenino, permiten su total manipulación. (2002:110).

Así mismo, Silvia Tubert reflexiona lo siguiente:

Producto de la medicalización creciente de la reproducción, inserta en el avance tecnológico de la sociedad industrial que genera cada vez más una contraproductividad que en el terreno médico llamamos iatrogenia, contrasta nítidamente la carencia de atención a problemas sanitarios urgentes y prioritarios. (1991:47).

Sin lugar a dudas, es imperioso el desarrollo de políticas de salud pública dirigidas a fomentar la salud sexual y reproductiva de las mujeres no solo en materia de procedimientos de fertilización asistida, sino el desarrollo de políticas de salud que permitan el cuidado de su salud sexual y reproductiva incluso desde la infancia; y por otra parte, es importante abrir el debate público en relación con los riesgos que supone el uso de las tecnologías de la reproducción, ya que muchas mujeres acceden a ellas sin conocerlos a cabalidad, sometiéndose a procedimientos dolorosos, costosos y de elevado riesgo para su salud y sus vidas, en más de una oportunidad, sin tan siquiera cuestionarlos porque los ven como la única solución a su alcance, y creen que son seguros, porque confían en la institucionalidad patriarcal-androcéntrica que representa la ciencia médica; y por supuesto este debate debe darse desde las voces de las mujeres y desde la perspectiva de género, pues como señala Marbella Camacaro (2020) “solo desde la perspectiva y

sensibilidad de género en la epidemiología y la clínica médica, es posible una transformación de paradigma que genere un cuerpo de conocimiento y una praxis más inclusiva y consecuentemente un sistema de salud más justo y equitativo” para y por las mujeres. (p. 26).

Por supuesto, tampoco se trata de satanizar a las tecnologías reproductivas, ya que ellas se constituyen en una alternativa de solución para parejas heteroparentales con verdaderos problemas de fertilidad, o incluso para mujeres que deciden ser madres solas o para parejas homoparentales, que en pleno conocimiento y convicción, deciden acceder a ellas; pero aquí también es importante que se dé un debate ético en torno a lo que estas tecnologías implican y hacerlo público para que todos/as los/as involucrados/as e interesados/as estén conscientes de ello y participen desde sus voces para buscar puntos de encuentro que permitan desarrollar un marco regulatorio lo más homogéneo posible, amplio e inclusivo, tanto en el ámbito nacional como internacional, que finalmente converjan en políticas de Salud Pública en esta materia que se adecuen a las necesidades de las mujeres (y a las de sus parejas y de otros grupos también).

Ya para finalizar, nos permitimos añadir que, si bien el ser madre tiene una connotación social de realización, es importante reconocer que las mujeres desde su identidad, construyen diversos significados que pueden comprenderse como la expresión de su “ser”. En esta investigación no se pretende negar la maternidad como construcción de identidad, sino más bien se intenta exponer que ésta no es la única opción y que las mujeres tienen otras posibilidades con las que pueden identificarse y así alcanzar su realización.

La identidad de las mujeres más allá de una imposición cultural, debe ser vista desde una perspectiva en la cual la adopción de cualquier rol constituye una expresión del

ser, que invita a reconocerse de forma consciente, libre y en coherencia consigo misma. La maternidad es una vivencia significativa en la experiencia de vida de una mujer, no se cuestiona de hecho esta alternativa como posibilidad de proyección o expresión de identidad; sin embargo, es importante mencionar que la relación entre el ser mujer y el ser madre, ha presentado transformaciones que permiten evidenciar cómo las mujeres se están planteando otros objetivos a nivel personal y profesional, desde los cuales reconocen otros roles y posibilidades de ser, que las llevan a postergar o a desistir de la maternidad. La identidad se debe construir en torno al deseo o motivación real (y no por imposición social/cultural) de las mujeres, a su capacidad de elección y a la posibilidad de decidirse por aquello que más las identifique, y les haga felices.

En concordancia con esto, Cristina Palomar nos refiere que

Es sorprendente, que en todo lo que tiene que ver la maternidad como fenómeno sociológico, no se establezca nunca el vínculo con la importancia de que se trate de una experiencia subjetiva realmente voluntaria y gustosa. Mientras esto siga dejándose de lado, no habrá manera de lograr una verdadera planificación de los embarazos ni de controlar los efectos negativos que actualmente padecemos. De la misma manera, mientras se siga creyendo que la maternidad es algo que solamente corresponde a las mujeres y no se logre verla como una función simbólica y social, no habrá solución a los conflictos que presenta este fenómeno. (2004:15).

Adicionalmente, queremos destacar el hecho de que el feminismo como movimiento, no sólo hace crítica sino que busca transformaciones, cambios, sobre todo en aquellas cosas en las que el común denominador es, sobre todo la presencia de lógicas machistas y desde el poder, en temas donde se involucra a las mujeres. En el caso de la Reproducción Asistida puede observarse que la subordinación de las mujeres tiene que ver con el papel que cumplen en la reproducción. Es por esto que el feminismo considera que la posición secundaria de las mujeres en la sociedad ha sido justamente el resultado de su construcción social como seres más cercanos a la

naturaleza que los hombres. Una de las contribuciones centrales de la teoría feminista, es la insistencia en problematizar los conceptos mismos de salud y enfermedad, ya que estos son construidos socialmente, y sin duda alguna existe un sesgo masculino que prevalece en los textos de medicina. Por ello reiteramos la necesidad de seguir realizando investigaciones en este tema, desde la Teoría Feminista y con Perspectiva de Género para visibilizar lo que vivimos las mujeres, ya que indudablemente todos los avances logrados hasta el momento en materia de Reproducción Asistida han sido hechos pensando solo en las mujeres, pero no en los hombres. De allí que sea necesario incorporar la perspectiva de género, para que las investigaciones en cuanto a fertilidad y reproducción se refiere, sean abordadas para ambos géneros.

#### Como nos señalan Blázquez y colaboradoras

La incorporación de las mujeres en la investigación de las TRA, así como en los comités institucionales de toma de decisiones y de evaluación, es un paso necesario para el cambio en la metodología, la teoría, los fundamentos conceptuales y la aplicación de los hallazgos en la clínica, lo cual repercutirá en la vida de las mujeres, así como en las futuras reflexiones que se realicen al respecto de la sexualidad y la reproducción. Dentro de las posibles acciones a futuro es esencial generar cursos, seminarios o espacios de discusión tanto a nivel profesional como de posgrado en todas las carreras en torno a las TRA desde la perspectiva feminista. Esta es un área poco conocida y que no se imparte en campos tan importantes como derecho, psicología, antropología, filosofía; ahora, con la comercialización y las decisiones estatales que se han desarrollado, resulta urgente que esas profesiones se involucren en los horizontes a futuro. (2022: 292)

De allí la importancia de investigaciones como esta que hemos propuesto, con perspectiva de género, que permitan develar lo que se ha normalizado en asuntos como el que hemos desarrollado a lo largo del texto, de manera que podamos tomar las acciones necesarias para reivindicar el verdadero papel de las mujeres en la sociedad, y para generar el conocimiento necesario en la protección de su salud. Lo que queremos destacar, es que, si bien es cierto que en mi caso particular yo quería

ser madre, al igual que las mujeres que me acompañaron en esta aventura investigativa, la presión de la cual fuimos objeto nunca fue necesaria, que si se es o no se es madre, no pasa nada, y que no deberíamos sufrir por ello. Que ser madre debe ser una decisión personal y no impuesta socialmente, que si realmente lo deseo y se da, pues bien, y si no se da, pues no pasa nada, que igual podemos ser mujeres en total plenitud, felices en muchas formas y que no debemos cargar con la culpa si no logramos (o incluso si no queremos) ser madres; que no necesitamos someter nuestros cuerpos sanos a todo lo que deben sufrir y padecer, solo por cumplir con un mandato social sin el cual no estaríamos completas como mujeres. ¡Que la sociedad debería dejar de presionar a las mujeres hacia la maternidad!

## REFERENCIAS

- Abbate, F. (1997). Bioética de la sexualidad en la procreación humana. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, [artículo en línea] 110(4): 47-51
- Agudelo Londoño, J., Bedoya García, J. y Osorio Tamayo, D. L. (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Revista Poiésis*, [artículo en línea] 31, 306-313.
- Aguilar Ponce, S.; Safora Enríquez, O. y Rodríguez Izquierdo, A. (2012). La hysterectomía obstétrica como un problema vigente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, [artículo en línea] 38(1), 107-116.
- Alamillos Guardiola, M. C. (2016). La maternidad tardía: Expresión contemporánea del patriarcado occidental. *Revista de antropología experimental*, [artículo en línea] 16, 213 – 221.
- Albarellos González, L. A. (2007). Bioética escrita con "M" de mujer. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, [artículo en línea] 20, 244-259.
- Alejo, M. y Osorio, B. (2016). El informante como persona clave en la investigación cualitativa. *Gaceta de pedagogía*, [artículo en línea] 35, 74-85.
- Alerta Venezuela. (2023). CEDAW: Estado venezolano desprotege a las mujeres. Disponible: <https://alertavenezuela.org/blog/2023/06/09/cedaw-estado-venezolano-desprotege-a-las-mujeres/>. [Consulta: 2023, agosto 16].
- Alkolombre, P. (2019). Deseo de hijo, Parentalidades y Filiación. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, [artículo en línea] 24, 100-109.
- Alba Bermúdez, J. M. y Gallardo Córdor, J. N. (2023). Técnicas de reproducción asistida de ciclos de alta complejidad: aspectos bioéticos y jurídicos. *Salus*, [artículo en línea] 27(1), 28-38.
- Álvarez, B. (2013). La maternidad: entre la decisión individual y/o la obligatoriedad social. En López, C.; Marre D. y Bestard, J. (Comp.): *Maternidades, procreación y crianza en transformación*, (pp. 219-243). Ediciones Bellaterra. Barcelona, España.

- Álvarez, C. (2006). Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida. *Revista de Antropología Social*, [artículo en línea] 15, 411-455
- Álvarez, J. C. (2009). ¿Infértil, Yo? Editorial Planeta, S.A. Caracas, Venezuela.
- Amengual, I. y Lezama, S. (2017). Propuesta de campaña comunicacional para generar conciencia en torno al proceso de adopción y colocación familiar en Venezuela. Trabajo de grado para obtener el título de comunicador social. Escuela de Comunicación Social, Universidad Monteávila, Venezuela. Disponible: <http://repositoriodigital.uma.edu.ve:8080/jspui/bitstream/123456789/208/1/PFC45.pdf>. [Consulta: 2023, Agosto 21].
- American Society for Reproductive Medicine, Ethics Committee: Ethical Considerations of Assisted Reproductive Technologies. (1997). Disposition of abandoned embryos. *Fertil Steril*, [artículo en línea] 67, Suppl. 1:1S.
- Anderson, M. y Bruchalski, J. (2004). Las tecnologías para la reproducción asistida atentan contra la mujer. American College of Obstetricians and Gynecologists. Disponible: [http://www.usccb.org/cs\\_upload/8605\\_1.pdf](http://www.usccb.org/cs_upload/8605_1.pdf) [Consulta: 2022, Noviembre 23].
- Andino, S. y Amigot, P. (2001). Género y estatus académico: la carrera docente y la participación en puestos de responsabilidad de las mujeres. En Pérez Sedeño, E. y Alcalá Cortijo, P. (Comps.): *Ciencia y Género*. (pp. 25-30). Editorial Complutense. Madrid, España.
- Arango G., Luz M. (2014). La demanda social y la maternidad en mujeres universitarias en la ciudad de Medellín. *Integración académica en psicología*, [artículo en línea] 2(5), 45-53.
- Araque Sayago, I. (2017). Reproducción humana asistida ¿maternidad legal o biológica? Consideraciones en torno a problemas jurídicos contemporáneos surgidos con ocasión a las nuevas técnicas de reproducción asistida. Departamento de Derecho Internacional. Organización de Estados Americanos (OEA). Disponible: [https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/cursos\\_derecho\\_internacional\\_2017\\_materiales\\_lectura\\_Ingrid\\_Araque\\_Sayago\\_1.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/cursos/cursos_derecho_internacional_2017_materiales_lectura_Ingrid_Araque_Sayago_1.pdf). [Consulta: 2023, agosto 30].
- Arce Taracena, M. C. (2011). La pérdida de la esperanza de dar vida. Asociación Mexicana de Tanatología. Disponible: <https://www.tanatologia->

[amtac.com/descargas/tesinas/80%20La%20perdida%20de%20esperanza.pdf](http://amtac.com/descargas/tesinas/80%20La%20perdida%20de%20esperanza.pdf)  
 . [Consulta: 2023, mayo 09].

- Arias, Fidias. (2019). Citación de fuentes documentales y escogencia de informantes: un estudio cualitativo de las razones expuestas por investigadores venezolanos. *Revista e-Ciencias de la Información*, [artículo en línea] 9(1), 1-23.
- Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, [artículo en línea] 18, 41-73.
- Arranz Lara, L.; Blum Grymberg, B.; Ito Sugiyama, E. (2002). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Un enfoque cualitativo. *Salud Mental*, [artículo en línea] 24(5), 30-36.
- Arroyo Rojas, L. y Castañeda Rentería, L. (2021). Padeciendo los cuerpos: significados de las paternidades, maternidades y la familia en mujeres y hombres infértiles. *Revista de estudios de género, La Ventana*, [artículo en línea] 53, 39-73.
- Asociación para el Estudio de la Biología Reproductiva (ASEBIR). (2023). Disponible: <https://asebir.com>
- Asociación Venezolana de Medicina Reproductiva y Embriología (AVEMERE). (2023). Disponible: <https://avemere.org.ve/>.
- Badinter, E. (1981). ¿Existe el amor maternal? Editorial Paidós/Pomare. Barcelona, España.
- \_\_\_\_\_. (1991). ¿Existe el instinto maternal? : Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Editorial Paidós; 1a ed. Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_. (1994). Xy La Identidad Masculina. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Ballesta Ballester, F. J. (2001). El equívoco de la esterilidad: ¿enfermedad o manipulación?. *Revista de bioética y derecho*, [artículo en línea] 23, 21 – 34.
- Barros, J.; Castañeda, M.; Aguayo, P.; Muñoz, C. (2018). Consecuencias perinatales de embarazos logrados mediante reproducción asistida versus embarazos

espontáneos. *Ginecología y Obstetricia de México*, [artículo en línea] 86(11):732-739.

Bartra, E. (2002). Reflexiones metodológicas. En Bartra E. (Comp.): *Debates en torno a una metodología feminista*. (pp. 141-158). Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Basaglia, F. (1983). *Mujer, Locura y Sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla. México.

Benavides, L. (2005). La adopción: aspectos normativos y tendencias recientes. Anuario N° 28. Disponible: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc28/28-5.pdf>. [Consulta: 2023, agosto 21].

Bestard, J.; Orobitg, G.; Ribot, J.; Salazar, C. (2003). Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones. Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica Universitat de Barcelona Facultat de Geografia i Història. Publicacions de la Universitat de Barcelona. Barcelona.

Bestard, J. (2004). *Tras la biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción*. (Vol. 12). Edicions Universitat Barcelona.

Bilbao, A.; Barranquero, M.; Recuerda, P.; Gomez, R.; Salgado, S.; Azaña, S.; Salvador, Z. (2021). Transferencia de embriones. Reproducción Asistida ORG. Disponible: <https://www.reproduccionasistida.org/transferencia-de-embriones/#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20decidir%20el%20n%C3%BAmero%20de,paciente%20como%20para%20los%20beb%C3%A9s>. [Consulta: 2023, septiembre 03].

Bladillo, A.; De La Torre, N. y Herrera, M. (2017). Las técnicas de reproducción humana asistida desde los derechos humanos como perspectiva obligada de análisis. *Revista IUS*, [artículo en línea] 11(39), 1 – 29.

Blanco, Jessie. (2009). Rostros visibles de la violencia invisible. Violencia simbólica que sostiene el patriarcado. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, [artículo en línea] 14(32), 63 – 70.

Blázquez Graf, N., Cadena Alvez, I. y Chapa Romero, A. C. (2022). Debates feministas en torno a la reproducción asistida. *Interdisciplina*, [artículo en línea] 10(28), 273-300.

- Blázquez Rodríguez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de antropología iberoamericana*, [artículo en línea] 42, 1 – 26.
- Bonino Méndez, L. (2002). Masculinidad Hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, [artículo en línea] 6, 7 – 35.
- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Editorial Anagrama. Barcelona, España.
- Bravo, I.; Martínez, A.; Martínez, F.; Pujante, M.; Sánchez, M. (2017). Un estudio exploratorio sobre las vivencias de mujeres con problemas de esterilidad. (Vol. 51). Editorial 3Ciencias, España.
- Burin, M. (2008). «Las “fronteras de cristal” en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización». *Anuario de psicología / The UB Journal of psychology*, [artículo en línea] 39(1), 75-86.
- \_\_\_\_\_. (2012). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Disponible: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/handle/123456789/1529/?sequence=1>. [Consulta: 2023, agosto 11].
- Butler, J. (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Cabodevilla, I. (2006). Duelo en la adopción. *Miscelánea comillas*, [artículo en línea] 64(125), 685-695.
- Cabral, B. E. (2013). Sexo, Poder y Género: un juego con las cartas marcadas. Crítica de la razón sexual. Tomo I. Fundación editorial el perro y la rana. Ministerio del poder popular para la cultura. Venezuela.
- Cabrera, A. C., de los Ríos Uriarte, M. E., y Valdez, P. H. (2021). Análisis de las sensaciones y sentimientos de las parejas con problemas de fertilidad y la influencia de la ayuda e información recibida. Según un estudio de campo realizado en México en el año 2011. *Vida y Ética*, [artículo en línea] 21(2), 139-164.
- Cabrera, A.; Ramos, M.; Hernández, P.; Llaca, E. (2020). Tasas de éxito en clínicas de fertilidad. *Medicina y Ética*, [artículo en línea] 31(2), 245-265.

- Callejo, J. (1998). Los límites de la formalización de las prácticas cualitativas de investigación social: la saturación. *Sociológica: Revista de pensamiento social*, [artículo en línea] 3, 93 – 120.
- Camacaro, D. (2007). Cuerpo de mujer: territorio delimitado por el Discurso Médico... *Comunidad y Salud*, [artículo en línea] 5(1), 32 – 37.
- Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, [artículo en línea] 14(32), 147-162.
- \_\_\_\_\_. (2010). La obstetricia develada. Otra mirada desde el género. Universidad de Carabobo, Dirección de Medios y Publicaciones. Valencia, Venezuela.
- \_\_\_\_\_. (2012). La obstetricia desnuda. Universidad de Carabobo, Dirección de Medios y Publicaciones. Valencia, Venezuela.
- Camacaro, M. y León, M. (2020). Re-significando la salud y enfermedad de las mujeres desde el enfoque de género: Dossier de sensibilización para el personal de salud. Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA).
- Cambrón Infante, A. (2001). Fecundación in vitro y agresiones al cuerpo de la mujer: Una aproximación desde la perspectiva de los derechos. En Cambrón Infante, A. (Comp.): *Reproducción asistida: promesas, normas y realidad*, (pp. 165-210). Editorial Trotta. Madrid, España.
- Campos Mansilla, B. (2011). La falta de descendencia biológica. Una lectura social y feminista de la infertilidad de las Mujeres. *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*, [artículo en línea] 1(4), 97-121.
- Campo Redondo, M. S.; Andrade, J. y Andrade G. (2007). La matricentralidad de la familia venezolana desde una perspectiva histórica. *Frónesis*, [artículo en línea] 14(2), 86 – 113.
- Cardaci, D. y Sánchez, A. (2009). "Hasta que lo alcancemos..." Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas. *Alteridades*, [artículo en línea] 19 (38): Págs. 21-40.

- \_\_\_\_\_. (2011). La fertilización asistida en la agenda de los grupos feministas mexicanos. *La ventana. Revista de estudios de género*, [artículo en línea] 4(33), 242-276.
- Castañeda-Jiménez, E., y Bustos-López, H. H. (2001). La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatología y Reproducción humana*, [artículo en línea] 15(2), 124-132.
- Castillo, E. y Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, [artículo en línea] 34(3), 164-167.
- Castillo-Mayén, R y Montes-Berges, B. (2014). Análisis de los estereotipos de género actuales. *Anales de psicología*, [artículo en línea] 30(3), 1044-1060.
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). (2014). Plan de acción nacional de salud pública para la detección, prevención y tratamiento de la infertilidad. Atlanta, Georgia. Disponible: [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/pdf/National\\_Action\\_Plan\\_for\\_Infertility\\_Spanish\\_508tagged.pdf](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/pdf/National_Action_Plan_for_Infertility_Spanish_508tagged.pdf). [Consulta: 2023, agosto 30].
- Ceriani, J. (2011). El notable y significativo aumento de los embarazos múltiples y sus desfavorables consecuencias. *Archivos Argentinos de Pediatría*, [artículo en línea] 109(3), 194-195.
- Cerrato, P. (2021). Duelo genético, diferencias de género. *Paraninfo digital*, [artículo en línea] 33.
- Chakiel, J. (2004). La transición de la fecundidad en América Latina 1950-2000. *Papeles de población*, [artículo en línea] 41, 9-58.
- Chávez, M. (2004). Presencia de esterilidad: actores o sujetos en la actualidad. *Cuicuilco*, [artículo en línea] 11(31), 1-15.
- \_\_\_\_\_. (2008). Infertilidad y técnicas de reproducción asistida: una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco. Universidad Autónoma Metropolitana (UNAM). Editorial académica española. México.
- \_\_\_\_\_. (2016). Algunas dimensiones culturales de parejas con diagnóstico de infertilidad, tratamientos y el sistema de género y cuerpo. En: Moreno Tetlacuilo, L. M.; Carrillo Farga, A. M. (Comps.): *La perspectiva de género en la salud*. (pp. 83-100). Primera edición. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

- Cherro, M. (2015). Sujetos y cuerpos asistidos Un análisis de la reproducción asistida en el Río de la Plata. *Civitas*, [artículo en línea] 15(2), 350-368.
- Chodorow, N. (1984). El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos. Editorial Gedisa, Barcelona, España.
- Cieza Guevara, K. (2019). Representaciones sociales de la maternidad de mujeres jóvenes de Lima. *Anthropologica*, [artículo en línea] 37(43), 39-60.
- Comesaña, G. (2008). De métodos y filosofía feminista. Propuestas metodológicas y conceptuales desde el feminismo latinoamericano. Universidad del Zulia, Ediciones del Vice Rectorado Académico. Maracaibo, Venezuela.
- Connell, R.W. y Messerschmidt, J. W. (2005) Hegemonic masculinity. Rethinking the concept. *Gender & Society*, [artículo en línea] 19(6), 829-859.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). República Bolivariana de Venezuela. Gaceta oficial N° 5353 extraordinaria del 24 de marzo de 2000.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). (1999). Recomendaciones generales aprobadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Disponible: [https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos hum Base/CEDAW/00 4 obs g rales CEDAW.html#GEN24](https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos%20hum%20Base/CEDAW/00%204%20obs%20generales%20CEDAW.html#GEN24). [Consulta: 2023, agosto 15].
- Conway, J; Bourque, S. y Scott, J. (2013). El concepto de género. En: Lamas M. (Comp): *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 21 – 33). Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG). México.
- Crespo Mirasol, E. (2015). Percepciones de las mujeres, parejas y profesionales durante el embarazo, parto y posparto tras someterse a técnicas de reproducción asistida. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado Estudios Avanzados en Antropología Social. Universitat de Barcelona. España. Disponible: [file:///C:/Users/Doris%20Nobrega/Downloads/ECM TESIS.pdf](file:///C:/Users/Doris%20Nobrega/Downloads/ECM%20TESIS.pdf). [Consulta: 2023, agosto 30].
- Criado, E. M. (2004). El valor de la buena madre: oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española de Sociología*, [artículo en línea] 4, 93-118.

- Devoto, L. (2008). La mujer y la fertilidad en el siglo XXI. *Boletín de la Academia Chilena de Medicina Nº XLV. Conferencias académicas*, [artículo en línea] 121-126.
- De Beauvoir, Simone. (1977). *El segundo sexo*. Ediciones siglo veinte. Buenos Aires, Argentina.
- De Grado González, M. (2011). Semen, óvulos y úteros nómadas. Representaciones sobre mujer, maternidad y nuevas técnicas de reproducción asistida. *Revista Ícono 14*, [artículo en línea] 9(1), 161 – 174.
- Díaz, L. (2011). Visión investigativa en ciencias de la salud (énfasis en paradigmas emergentes). Programa de asistencia y financiamiento académico del Instituto de Previsión Social del Personal Docente y de Investigación de la Universidad de Carabobo (IPAPEDI). Venezuela.
- Díaz Bernal, Z. y García Jordá, D. (2011). La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de Salud Pública* [artículo en línea] 37(1), 106-119.
- \_\_\_\_\_. (2013). Percepción sobre la prestación de servicios de atención a la infertilidad desde una mirada antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, [artículo en línea] 39(5), 850-863.
- Domínguez, R. (2002). Psicología e infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, [artículo en línea] 13(1), 1-7.
- Dunson, D.; Baird, D.; Colombo, B. (2004). Increased Infertility With Age in Men and Women. *Obstetrics & gynecology*, [artículo en línea] 103(1), 51-56.
- Elena, A.; Casanova, P.; Dalmasso, A.; Lebrero, M. (2022). Medicina Reproductiva. En: Forestieri, O. y Uranga, A. (Comp.): *Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención* (pp. 639-690). Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Argentina.
- Elizondo, C. (2020). Reflexiones sobre la parentalidad por adopción. Disponible: <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=103&idtt=97>. [Consulta: 2023, agosto 21].
- Escalante Barboza, K. (2003). Métodos de reproducción asistida: aspectos psicológicos. *Medicina Legal de Costa Rica*, [artículo en línea] 20(1), 5-13.

- Esteban, M. L. (2003). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, [artículo en línea] 3(1), 22 – 39.
- Esparza, R. y Cano, F. (2018). El anclaje jurídico ante las técnicas de reproducción asistida. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, [artículo en línea] 50(151), 13-50.
- Facio, A. (1992). Cuando el género suena cambios trae. Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal. 1ª edición. ILANUD. San José, Costa Rica.
- \_\_\_\_\_. (1999). “Hacia otra Teoría Crítica del Derecho”. En Fries, L. y Facio, A. (Comps.): *Género y Derecho*. (pp. 113-136). La Morada, Corporación de Desarrollo de la Mujer. Santiago de Chile, Chile.
- \_\_\_\_\_. (1999b). Feminismo, género y patriarcado. En: Fries, L. y Facio, A. (Comps.): *Género y Derecho*, (pp. 21 – 60). Ediciones La Morada, Corporación de Desarrollo de la Mujer. Santiago de Chile, Chile.
- Fagetti, A. (2006). Mujeres anómalas. Del cuerpo simbolizado a la sexualidad constreñida. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). México.
- Fernández, I. (2004). Medicina y poder sobre los cuerpos. *Thémata, Revista de Filosofía*, [artículo en línea] 33, 191 – 198.
- Fernández Moreno, P. (2015). Infancia, parentalidad y familia en el discurso del estado de Chile sobre la adopción. Una aproximación desde el género. Tesis para optar al grado de magíster en estudios de género y cultura. Universidad de Chile. Disponible:<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/133856/Infancia-parentalidad-y-familia-en-el-discurso-del-Estado-de-Chile-sobre-la-adopcion.pdf?sequence=1>. [Consulta: 2023, febrero 07].
- Fernández Poncela, A. M. (1996). Estereotipos de género en el refranero popular. "De la mujer mala te has de guardar y de la buena no fiar". *Política y Cultura*, [artículo en línea] 6, 43-61.
- \_\_\_\_\_. (2008). Violencia de género: Políticas, Leyes y Refranes. En García Ortega, J. R. (Comp.): *Compilación sobre Género y Violencia*, (pp. 2-7). Universidad Autónoma Metropolitana. México.

- \_\_\_\_\_. (2010). Mujeres, violencia y refranes en América Latina. *Cuadernos Americanos*, [artículo en línea] 131, 89-102.
- Fitó, C. (2010). Identidad, cuerpo y parentesco. Etnografía sobre la experiencia de infertilidad y la reproducción asistida en Cataluña. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Flores, F. (2001). Psicología social y género: el sexo como objeto de representación social. México. Editorial Mc Graw Hill/DGAPA.
- \_\_\_\_\_. (2010). Representación social y género: una relación de sentido común. En G. Velázquez (Comp.): *Investigación Feminista*, (pp. 339-358). Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, [artículo en línea] 11(1), 36 – 58.
- \_\_\_\_\_. (1977). Historia De La Sexualidad I: “La Voluntad de Saber”. Siglo XXI Editores, México.
- Fuller, N. (2005). Identidad femenina y maternidad: una relación incómoda. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. (2019). Proyecto Nacional Simón Bolívar, Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019-2025: Plan de la Patria 2025. N° 6.446 Extraordinario.
- Gamboa Bernal, G. A. (2016). Las técnicas de reproducción asistida (TRA) a la luz de la bioética. *Escritos*, [artículo en línea] 24(53), 319-344.
- Gans, P. (2002). La evolución de la fertilidad en el mundo (1970-2000). *Revista de Geografía Norte Grande*, [artículo en línea] 29, 7-20.
- García Fernández, D. (2012). Las técnicas de reproducción asistida y su regulación en México. *Revista Etbio*, [artículo en línea] 2(4), 45 – 52.
- García Selgas, F.J. (2001). Donna Haraway: una epistemología feminista y postmoderna. En Pérez Sedeño, Eulalia y Alcalá Cortijo, Paloma: *Ciencia y Género*, (pp. 357-372). Editorial Complutense. Madrid, España.

- Garrido, L. (2014). Seguros de salud y reproducción asistida. [Reproduccionasistida.org](https://www.reproduccionasistida.org). Disponible: <https://www.reproduccionasistida.org/seguros-de-salud-y-reproduccion-asistida/>. [Consulta: 2023, septiembre 02].
- Giberti, E. (1987). La Adopción. Padres adoptantes, hijos adoptivos, los "otros". Editorial Sudamericana.
- Gil, A., Castro, F. y Posada, V. (2020). Investigar la identidad de género: representaciones colectivas, comunicación y lenguaje. *Anagramas - Rumbos y sentidos de la comunicación-*, [artículo en línea] 19(37), 87-109.
- Gómez, J. (2020). Fertilización "in vitro": solución a la desesperanza de miles de familias. Nota de prensa El Estímulo. Disponible: [https://elestimulo.com/venezuela/2020-02-27/fertilizacion-in-vitro-solucion-a-la-desesperanza-de-miles-de-familias/#:~:text=En%20Venezuela%2C%20los%20precios%20para,con%20respecto%20a%20otros%20pa%C3%ADses](https://elestimulo.com/venezuela/2020-02-27/fertilizacion-in-vitro-solucion-a-la-desesperanza-de-miles-de-familias/#:~:text=En%20Venezuela%2C%20los%20precios%20para,con%20respecto%20a%20otros%20pa%C3%ADses.). [Consulta: 2023, septiembre 02].
- Gómez, M.D. (2009). El género en el cuerpo. *Avá*, [artículo en línea] 15, 289-306.
- González Ávila, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, [artículo en línea] 29, 85 – 103.
- González, A. B. (2017). Vivencias de la maternidad en el contexto de las técnicas reproductivas. Análisis desde la perspectiva de género. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Social y Antropología. Universidad de Salamanca, España. Disponible en: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/137498/DPSA\\_GonzalezVicen\\_te\\_vivenciasmaternidad.pdf?sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/137498/DPSA_GonzalezVicen_te_vivenciasmaternidad.pdf?sequence=1). [Consulta: 2023, febrero 21].
- González, B. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar* [artículo en línea] 12, 79-88.
- González, I. y Miyar, E. (2001). Infertilidad y sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, [artículo en línea] 17(3), 291-295.
- González, M. C. (2008). Salud sexual y reproductiva. Hacia una hermenéutica de la sospecha. Caso Venezuela. *Comunidad y Salud*, [artículo en línea] 6(2), 13 – 24.

- González, N. (2020). El lugar del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud reproductiva. En Ormart, E. y Wagner, A. (Comps.): *Abordajes Psicológicos de la reproducción medicamente asistida*. 1ª Edición, San Luis: Nueva Editorial Universitaria, UNSL. [Libro en Línea]. Disponible: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/UNSL-Abordajes-Psicolo%CC%81gicos.pdf>. [Consulta: 2023, abril 11].
- Gordillo, A. (2021). ¿Y usted para cuándo? : Postergación de la maternidad, un fenómeno generacional. Trabajo de grado para obtener el título de pregrado en Trabajo Social. Universidad Externado de Colombia. Disponible: <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/ab5feda7-24ad-45a0-a1b6-0281050830a5/content>. [Consulta: 2023, agosto 11].
- Grau, C. y Fernández, M. (2015). Relaciones de parentesco en las nuevas familias. Disociación entre maternidad/paternidad biológica, genética y social. *Gazeta de Antropología*, [artículo en línea] 31(1), 1-14.
- Guerra, Diana (2015). Afrontar la Infertilidad: Una guía para pacientes. Editorial Planeta, España.
- Güezmes, A. (s/f). Las tecnologías de reproducción asistida Una aproximación desde la ética y las fugas feministas. Disponible: <https://corteidh.or.cr/tablas/r24192.pdf>. [Consulta: 2023, septiembre 02].
- Guner, N. (2023). Transiciones demográficas: pasado y presente. *Papeles de economía española*, [artículo en línea] 176, 1-12.
- Gutman, J. (2020). Mitos sociales de la masculinidad hegemónica tradicional. *Revista Symplekkee: Estudios de Género*, [artículo en línea] 1, 57-67.
- Guzmán Avalos, A. (2001). Inseminación artificial y fecundación in vitro humanas. Un nuevo modo de filiación. México, Biblioteca Universidad Veracruzana.
- Guzmán, M. y Pérez, A. 2005. Las Epistemologías Feministas y la Teoría de Género. *Cinta moebio*, [artículo en línea] 22, 112-126.
- Harding, S. (2002). ¿Existe un método feminista? En: Bartra, E. (Comp.): *Debates en torno a una metodología feminista*. (pp. 9 – 34). Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Herranz, G. (2000). Embriones sobrantes: ¿Un problema insoluble o un falso problema? Conferencia en Simposio Internacional “Cuestiones éticas y

jurídicas del embrión”. Fundación Ramón Areces y Asociación Española de Bioética. Disponible: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/embriones-sobrantes#indice>. [Consulta: 2023, mayo 30].

Hidalgo, I.; Martínez, A.; Martínez, F.; Pujante, M.; Sánchez, M. (2017). Un estudio exploratorio sobre las vivencias de mujeres con problemas de esterilidad. Área de Innovación y Desarrollo, S.L. Primera edición, Alicante, España.

Ildiakez, I. A. (2003). Los derechos reproductivos de las españolas. En especial, las técnicas de reproducción asistida. *Derecho y salud*, [artículo en línea] 11(2), 165-178.

Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores. Barcelona. España.

Isa, L. (2017). «Deseamos hijos, pero no los tenemos, ¿en qué lugar nos ubicamos?» Construcciones de sentido en torno a la infertilidad. Relatos de mujeres que quieren ser madres. Trabajo de Tesis realizado como requisito para optar al título de Doctor en Comunicación. Universidad Nacional de La Plata. Disponible: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/59875/Documento\\_completo.pdf-PDFAU.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/59875/Documento_completo.pdf-PDFAU.pdf?sequence=3&isAllowed=y). [Consulta: 2023, agosto 28].

Izzedin-Bouquet, R. (2011). Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*, [artículo en línea] 14(2), 31-34.

Jadur, S., y Duhalde, C. (2005). Aspectos emocionales y la relación médico-paciente en la consulta por infertilidad. *Reproducción*, [artículo en línea] 20(2), 35-39.

Jayme Zaro, María. (2005). La identidad de género. *Revista de Psicoterapia*, [artículo en línea] 10(40), 5-22.

Jiménez González, J. (2017). Selección de sexo en fase embrionaria: una visión desde la ciencia, la ética y el derecho. *Ius et Scientia*, [artículo en línea] 3(2), 63-87.

\_\_\_\_\_. (2020). El diagnóstico genético preimplantacional en el ámbito nacional e internacional: marco legislativo nacional e internacional, debate ético y factores de influencia. II Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia. Disponible: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/91235/1/EI%20diagn%C3%>

B3stico%20gen%C3%A9tico%20preimplantacional%20en%20el%20%C3%A1mbito%20nacional%20....pdf. [Consulta: 2023, septiembre 03].

Johnson, M.C. (2019). "Poner el cuerpo": desigualdades de género en la experiencia de usuarias con Técnicas de Reproducción Asistida. *Revista Pelicano*, [artículo en línea] 5, 35-55.

\_\_\_\_\_. (2022). Los sentidos sobre los fetos y embriones: imágenes, discursos y tecnología en las experiencias de usuarias de TRHA en Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad revista latinoamericana*, [artículo en línea] 38, 1-21.

Juliano, D. (2003). El mito del instinto maternal. *Revista "Mujer y Salud*, [artículo en línea] 11, 2-5.

Katzkowicz, S; La Buonora, L.; Pandolfi, J.; Pieri, D.; Semblat, F.; Alvarez, L.; Caulin, C.; Martinez, M.; Penna, N. (2016). Construcciones de la masculinidad hegemónica: una aproximación a su expresión en cifras. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay. Disponible: <http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/929/construcciones-de-la-masculinidad-hegemonica-una-aproximacion-a-su-expresion-en-cifras.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Consulta: 2023, agosto 18].

Knibiehler, Y. (2000). Historia de las madres y de la maternidad en Occidente. Editorial Buena Visión. Buenos Aires, Argentina.

Lacan, J. (1959). Seminario 6: El deseo y su interpretación (versión crítica). Disponible: <http://www.mari4b9.anubis.urltemporal.com/docs/lacan/Seminario-6-El-Deseo-y-su-Interpretacion-Edicion-C-ritica.pdf>. [Consulta: 2023, agosto 11].

Lafuente Funes, S. (2014). Otriedades reproductivas e imaginarios heteronormativos: el caso de la partenogénesis. En Cairo Carou H. y Finkel, L. *Crisis y cambio: Propuestas desde la sociología* (pp. 614-624). Universidad Complutense de Madrid, España.

Lagarde, M. (1996, 1997 2da edición). Género y Feminismo. Desarrollo humano y democracia. Editorial Horas y Horas. Madrid, España.

\_\_\_\_\_. (1997). La sexualidad. En: Lagarde, M. (1997) *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.

- \_\_\_\_\_. (2008). Identidad Femenina. En García Ortega, J. R. (Comp.): *Compilación sobre género y violencia*. (pp. 33 – 40). Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL). México.
- Lamas, M. (1995). La perspectiva de género. *Revista digital de Educación y cultura, La Tarea*, [artículo en línea] 8, 14 – 20.
- \_\_\_\_\_. (2007). El género es cultura. Carta Cultural Iberoamericana. Disponible: [http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/El\\_genero\\_es\\_cultura\\_Martha\\_Lamas.pdf](http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/El_genero_es_cultura_Martha_Lamas.pdf). [Consulta: 2023, agosto 08].
- \_\_\_\_\_. (2013). La antropología feminista y la categoría género. En: Lamas M. (Comp): *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 97 – 125). Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG). México.
- Lampert Grassi, M. (2017). Evolución del concepto de género: Identidad de género y la orientación sexual. Documento elaborado para la Comisión de Derechos Humanos y Pueblos Originarios de la Cámara de Diputados, Chile. Disponible: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=56104>. [Consulta: 2023, julio 06].
- Lancharro, I.; Cazallo, M.; Romero, R.; Arroyo, A.; Morillo, M; Chillón, R. (2011). La deconstrucción del instinto maternal: una revisión histórica. En: Investigación y género, logros y retos: III Congreso Universitario Nacional Investigación y Género, [libro de actas]. Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Sevilla.
- Le Breton, D. (1995). *Cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
- \_\_\_\_\_. (2018). *La sociología del cuerpo*. Ediciones Siruela.
- Lema Añon, C. (1999). *Reproducción, poder y derecho*. Editorial Trotta, S. A., 1ª edición.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. (2007/2014). Gaceta Oficial N° 38.647. República Bolivariana de Venezuela.

- Ley de Reforma de la Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad. (2022). Gaceta Oficial N° 6.686 Extraordinario. República Bolivariana de Venezuela.
- Lima, N. y Francescutti, A. (2021). “Largo, duro, siempre para arriba”: experiencias de varones que atraviesan tratamientos de reproducción asistida. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible: <https://www.aacademica.org/000-012/28.pdf>. [Consulta: 2023, agosto 18].
- Lima, N. y Ormart, E. (2014). El cuerpo femenino: entre las demandas sociales y la racionalidad tecnocientífica. *Anuario de investigaciones*, [artículo en línea] 21(2), 225-232.
- Linayo, J.; Brash, J.; Barranquero, M.; Salgado, S.; Rogel, S.; Salvador, Z. (2021). Pruebas de infertilidad femenina. Reproducción Asistida ORG. Disponible: <https://www.reproduccionasistida.org/pruebas-de-infertilidad-femenina/#entrevista-al-dr-sergio-rogel>. [Consulta: 2023, agosto 18].
- López del Burgo, C. (2017). La vivencia de la sexualidad en las parejas infértiles/estériles. Trabajo de grado para optar al Título de Master en Psicología. Programa Universitario de Formación en Salud Sexual y Reproductiva. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, España. Disponible: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/57818/1/LA%20VIVENCIA%20DE%20LA%20SEXUALIDAD%20EN%20LAS%20PAREJAS%20INF%20C3%89RTILES.pdf>. [Consulta: 2022, diciembre 03].
- López Gómez, J. y Aparisi Miralles, A. (2012). Aproximación a la problemática ética y jurídica de la maternidad subrogada. *Cuadernos de Bioética* [artículo en línea] 23, 253 – 267.
- Lopez Moratalla, N. (2009). Objeción de conciencia a técnicas de reproducción asistida. Disponible: <https://www.bioeticaweb.com/objeciasn-de-ciencia-a-taccnicas-de-reproducciasn-asistida/> [Consulta: 2023, enero 17].
- \_\_\_\_\_. (2012). El precio del «milagro» de los nacimientos por las técnicas de fecundación asistida. *Cuadernos de Bioética*, [artículo en línea] XXIII (2), 421-466.
- Luna, F. (2008). Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, Costa Rica.

- \_\_\_\_\_. (2013). Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo. *Revista de Bioética y Derecho*, [artículo en línea] 28, 33 – 47.
- \_\_\_\_\_. (2016). Perspectivas bioéticas. Entre el tabú y el doble estándar: aborto, derechos de las personas LGBT y técnicas de reproducción asistida en Argentina. *Revista de Bioética y Derecho*, [artículo en línea] 36, 5 – 22.
- Luna, L. (2007). Apuntes sobre el discurso feminista en América Latina. *Historia, Antropología y Fuentes Orales*, [artículo en línea] 38, 145-162.
- Machín, R. (2022). Reproducción transnacional con terceros: el mercado reproductivo en Brasil. *Revista Interdisciplina*, [artículo en línea] 10(28), 27 – 49.
- Marre, D. (2011). Cambios en la cultura de la adopción y de la filiación. En: Chacón, F. y Bestard, J. (Comp.): *Familias. Historia de la sociedad española (del final de la Edad Media a nuestros días)* (pp. 893-952). Madrid: Cátedra.
- Marti, F. P. (2004). Feminismo y las técnicas de reproducción asistida. *Aldaba: revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*, [artículo en línea] 32, 63-80.
- Martí Gual, A. (2011). Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias. Universitat Jaume I.
- Martí Gual, A. (2011). Impacto de las técnicas de reproducción asistida en el cuerpo de las mujeres. Actas del XV seminario internacional contra la violencia de género. Video de Youtube disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=2MiPKPiv5D8>.
- Martín-Jiménez, E.; Muñoz-Ortega, E.; Ramis-Vidal, L.; Vicente-Mallén, O. (2011). Vivencia de la sexualidad en hombres y mujeres en tratamiento de infertilidad en el Hospital 12 de octubre de la Comunidad de Madrid. *Matronas Profesión*, [artículo en línea] 12(3):74-81.
- Martínez, C. y Rangel, V. (2016). Ansiedad y depresión en mujeres infértiles. Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad Central de Venezuela. Disponible: <http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/19690/1/Martinez%20C.%20Rangel%20OV.%20final%20publicaci%c3%b3n.pdf>. [Consulta: 2023, agosto 08].

- Martínez, E.; Moreno, E.; Muñoz, J.; Trolice, M.; Barranquero, M.; Salvador, Z. (2023). Calidad embrionaria para transferencia o congelación de embriones. Reproducción Asistida ORG. Disponible: <https://www.reproduccionasistida.org/calidad-embrionaria/>. [Consulta: 2023, septiembre 03].
- Martínez C., M. (2000). De formas numinizadas a deidades femeninas. (La magnificación cósmica de la fertilidad, la fecundidad y la maternidad en los cultos mágicos religiosos del hombre primitivo). *Islas*, [artículo en línea] 42(124):32-43.
- Martínez Frías, M. L. (2006). Técnicas de reproducción asistida y defectos congénitos: ¿riesgo “teratogénico” o genético? *Evidencias en Pediatría*, [artículo en línea] 2(4), 1 – 9.
- Martínez Miguelez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI, Facultad de Psicología*, [artículo en línea] 9(1), 123 – 146.
- Maturana, H. (1989). Lenguaje y realidad: el origen de lo humano. *Archivos de Biología y Medicina Experimental*, [artículo en línea] 22, 77-81
- Mazarraza, L. y Gil, S. (2006). Salud sexual y reproductiva. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género y salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- Mejía Navarrete, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Revista Investigaciones Sociales*, [artículo en línea] 4(5), 165 – 180.
- Mena, J.; López-Hidalgo, M.L.; Gordillo, R.; Rodríguez, A.; Condor, L. (2004). Embarazo ectópico tubárico tras programa FIV embarazo ectópico abdominal. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, [artículo en línea] 31(8), 308-311.
- Méndez, S.; Bazán, G.; Osorio, M.; Torres, L. (2022). Impacto psico-social en mujeres mexicanas que viven con infertilidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, [artículo en línea] 25(2), 705-726.
- Mendiola, J.; Ten, J.; Vivero, G.; Roca, M.; Bernabeu, R. (2005). Esterilidad y Reproducción Asistida: Una perspectiva histórica. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, [artículo en línea] 22(1), 15 – 22.

Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, [artículo en línea] 30, 451-464.

\_\_\_\_\_. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, [artículo en línea] 16(e2615), 1-25.

Meneses Requena, M. (2018). El procedimiento de adopción en Venezuela según la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Trabajo especial de grado para optar al título de Especialista en Derecho de la Familia y Niño. Universidad Católica Andrés Bello. Disponible: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAU3509.pdf>. [Consulta: 2023, Enero 26].

Menning, B. E. (1988). *Infertility: a guide for the childless couple*. Editorial Simon & Schuster; 2<sup>nd</sup> edition.

Merlino, A. (2012). *Investigación cualitativa y análisis del discurso*. Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.

Meza Palma, Daysi. (2013). Origen del estado. Haciendo Bitácora sobre el estado patriarcal y su institucionalidad. ¿Corolario de la modernidad? *Comunidad y Salud*, [artículo en línea] 11(1), 77 – 79.

Ministerio de la mujer. (2015). Venezuela cuenta con nuevo Plan Nacional de Protección de Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible: <http://www.minmujer.gob.ve> [Consulta: 2022, noviembre 10].

Ministerio del poder popular para la salud. (2014). Plan Nacional de Salud 2014 – 2019. Disponible: <http://www.mpps.gob.ve> [Consulta: 2022, noviembre 10].

Ministerio del Poder Popular para la Salud. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. (2003/2013). República Bolivariana de Venezuela.

Mitjavila, M. (1998). El saber médico y la medicalización del espacio social. *Documentos de trabajo*, [artículo en línea] 33, 1-48.

Molpeceres, P. y Pérez, I. (2016). Mito y cultura popular. *El Futuro del Pasado*, [artículo en línea] 7, 31-33.

Montilva, M. (2008). Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, [artículo en línea] 13(41), 69-79.

Monzó, A. (2014). Síndrome de Hiperestimulación ovárica. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, [artículo en línea] 31; 15-23.

Morales, J.; Nava, G.; Esquivel, J.; Díaz, L. (2011). Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.

Moreno, A. (1995). La familia popular venezolana. Centro de Investigaciones Populares – Centro Gumilla. Caracas, Venezuela.

Moreno, A. y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, [artículo en línea] Número monográfico, 11-17.

Moreno–Rosset, C. (2008). Infertilidad y psicología de la reproducción. *Papeles del Psicólogo*, [artículo en línea] 29 (2), 154-157.

\_\_\_\_\_. (2010). Infertilidad. Editorial Síntesis. Madrid, España.

Morgavi, G. (2018). Rol del psicólogo en el acompañamiento de las parejas infértiles que atraviesan tratamientos con las técnicas de reproducción asistida. Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga. Universidad Nacional de Mar del Plata. Disponible: <http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/710/Morgavi%20Gabiela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Consulta: 2023, agosto 24].

Morris, D. (1994). La Cultura del Dolor. Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile.

Moscovici, S. (1976). La psychanalyse: Son image et son public. Presses Universitaires de France, Paris.

Muñiz Gallardo, E, y Ramos Tovar, M. E. (2019). Presión social para ser madre hacia mujeres académicas sin hijos. *Noesis, Revista de Ciencias Sociales*, [artículo en línea] 18(55), 64-87.

Muñoz, J. (s/f). Calidad del consentimiento informado en técnicas de reproducción asistida. Trabajo de grado para obtener el título de Médico. Universidad de Zaragoza, España. Disponible:

<https://zaguan.unizar.es/record/111778/files/TAZ-TFG-2019-793.pdf?version=1>. [Consulta: 2023, agosto 30].

- Muñoz S., L. (2012). Lenguaje e imaginarios sociales. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, [artículo en línea] 19, 23-38.
- Nava, A. (2021). Treinta años de estadísticas sobre reproducción asistida en Latinoamérica. Medscape: Noticias Médicas. Disponible: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5908064>. [Consulta: 2022, diciembre 6].
- Navés, F. A. (2017). Técnicas reproductivas y cuerpo femenino: ¿Instrumentalización o deseo? En: IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. (pp. 222-224). Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Nietzsche, F. (2000). Escritos sobre retórica. Editorial Trotta. Madrid, España.
- Nobrega, D. y Camacaro, M. (2014). Ausencia de políticas de salud del estado venezolano en materia de procedimientos de fertilización asistida: una mirada desde el género. *Revista Memoria Política*, [artículo en línea] 3, 116-141.
- Nobrega, D. (2015). Ideología patriarcal, estado y políticas de salud en materia de procedimientos de fertilización asistida en Venezuela. *Revista Estudios Culturales* [artículo en línea] 8(15), 21 - 47.
- Núñez Calonge, R. (2017). Problemas éticos en reproducción asistida. *Revista iberoamericana de fertilidad*, [artículo en línea] 34(3), 3 – 12.
- Núñez, A y Ogando, K. (2017). Eficacia de los tratamientos de reproducción asistida realizados en la unidad de esterilidad y fertilización in vitro (UEFIV) y en el centro de reproducción asistida FERTILAM. Agosto 2016-julio 2017. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, República Dominicana. Disponible: <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/599/Eficacia%20de%20los%20tratamientos%20de%20reproduccio%CC%81n%20asistida%20realizados%20en%20la%20unidad%20de%20esterilidad%20y%20fertilizacio%CC%81n%20in%20vitro%20UEFIV%20y%20en%20el%20centro%20de%20reproduccio%CC%81n%20asistida%20ferti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Consulta: 2023, septiembre 21].

- Observatorio bioética. (2005). Procreación Asistida. Disponible: <http://www.observatoriobioetica.com/pp/12-2.html> [Consulta: 2023, marzo 21].
- Oiberman, A. (2015). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, [artículo en línea] 5, 115-130.
- Ojeda, D. y Ravelo, S. (2022). Comportamiento de la infertilidad femenina en la Isla de la Juventud.2017-2020. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2022. Disponible: <https://convencionsalud.sld.cu>. [Consulta: 2023, octubre 17].
- Olavarría, M. E. (2002). De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día. *Alteridades*, [artículo en línea] 12(24), 99-116.
- \_\_\_\_\_. (2021). El duelo de la masculinidad. Varones mexicanos ante el diagnóstico de infertilidad. *Revista Encuentros Latinoamericanos*, [artículo en línea] 5(2), 112 – 129.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Sexual and Reproductive Health. Infertility definitions and terminology. Disponible: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> [Consulta: 2022, agosto 09].
- \_\_\_\_\_. (2020). Infertility. Disponible: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> [Consulta: 2023, enero 12].
- Ormart, E. y Abelaira, P. (2020). Clínica Psicoanalítica en la Infertilidad: Epigenética y Duelo. *Revista universitaria de psicoanálisis*, [artículo en línea] 20, 43-50.
- Ortega-Bastidas, J. (2020). ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*, [artículo en línea] 45(6), 293-299.
- Ortiz Villalobos, V. (2015). El anhelo de la maternidad: Un estudio sobre la vivencia de la infertilidad en mujeres que desean ser madres. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. Disponible: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2399/1/38856.pdf>. [Consulta: 2023, marzo 14].

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). (2016). Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Disponible: <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sU9x9eXO0nz mOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWfdJ4z4216PjNj67NdUrGT87#:~:text=Todas%20las%20personas%20y%20grupos%20deben%20poder%20disfrutar%20de%20igualdad,sin%20ning%C3%BAAn%20tipo%20de%20discriminaci%C3%B3n>. [Consulta: 2023, agosto 16].

Páez, D.; Zubieta, E.; Mayordomo, S.; Jiménez, A., Ruiz, S. (2004). Identidad, Auto-concepto, Auto-estima, Auto-eficacia y locus de control. En: Páez, D., Fernández, I., Ubillós, S. y Zubieta, E. (Comp): *Psicología social: Cultura y educación* (pp. 125-193). Madrid: Pearson Prentice-Hall.

Paladine, E. (2015). Caracterización de parejas infértiles en la Consulta de Planificación Familiar 2014 - 2015. Tesis en opción a título de Especialidad en 1er Grado en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba. Disponible: <https://repotesis.cav.sld.cu>. [Consulta: 2023, octubre 17].

Palomar Vereá, C. (2004). Malas madres: la construcción social de la maternidad. En: Lamas M. (Comp.): *Debate Feminista: Maternidades, ¿quién cuida a quién? Cuentos sobre madres diferentes*; (pp. 12 – 34). Universidad Nacional Autónoma de México.

\_\_\_\_\_. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de estudios de género, La Ventana*, [artículo en línea] 22, 35 – 67.

Pandian, Z.; Gibreel, A.; Bhattacharya S. (2012). In vitro fertilisation for unexplained subfertility (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. Disponible: <http://www.update-software.com/pdf/CD003357.pdf> [Consulta: 2023, Febrero 17].

Parrini, R. (2000). Los poderes del padre: paternidad y subjetividad masculina. En: Olavarría, J. y Parrini, R. (Comp): *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. (pp. 69-78). FLACSO-Chile.

Pasquali, E. (2021). Perspectiva de género en las técnicas de reproducción asistida: estudio de casos del libro “A mis heroínas” de Irene Dall Agnoletta. Acta Académica del XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica

- Profesional en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible: <https://www.academica.org/000-012/669.pdf>. [Consulta: 2023, agosto 15].
- Perdomo Fontes, M. S. (2015). Construcción de la Maternidad en el ámbito de la Reproducción humana asistida. Disponible: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7843/1/Perdomo%2C%20Soledad.pdf>. [Consulta: 2023, marzo 13].
- Pérez Duarte y Noroña, A. E. (2002). Una lectura de los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género. Panorama internacional entre 1994 y 2001. *Boletín mexicano de derecho comparado*, [artículo en línea] 105, 1001 – 1027.
- Pérez Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, [artículo en línea] 27(4), 232-233.
- Pérez Jurado, L.A. (2004). Impronta genómica y endocrinología. *Anales de pediatría*, [artículo en línea] 60(Supl 2), 49 – 54.
- Pérez Ortega, M. y Barraca Mairal, J. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en los procesos de reproducción asistida. Una revisión. *Revista de psicología y psicopedagogía*, [artículo en línea] 15(2), 113-129.
- Pesino, C. (2020). Cuerpos femeninos A-THRA-vesados. En Ormart, E. y Wagner, A. (Comps.): *Abordajes Psicológicos de la reproducción medicamente asistida*. 1ª Edición, San Luis: Nueva Editorial Universitaria, UNSL. [Libro digital]. Disponible: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/UNSL-Abordajes-Psicolo%CC%81gicos.pdf>. [Consulta: 2023, abril 11].
- Plaza, M. (2007). “Sobre el concepto de “violencia de género”. Violencia simbólica, lenguaje, representación”. *Extravío. Revista electrónica de literatura comparada*, [artículo en línea] 2, 132-145.
- Portella, J. y Sepúlveda, S. (2011). Evaluación del factor masculino en reproducción asistida: nuevas tecnologías. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, [artículo en línea] 57(1), 21-27.
- Puigpelat, F. (2004). Feminismo y las técnicas de reproducción asistida. *Aldaba: revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*, [artículo en línea] 32, 63-80

- Quesada, J. (2014). Estereotipos de Género y usos de la Lengua. Un Estudio Descriptivo en las Aulas y Propuestas de Intervención Didáctica. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. España. Disponible: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/39106>. [Consulta: 2023, agosto 11].
- Quiroz, A. (2011). Consideraciones legales en el derecho mexicano sobre reproducción asistida por medio de la gestación subrogada en útero humano. Trabajo de grado para obtener la Licenciatura en Derecho. Universidad de Sonora, México. Disponible: <http://repositorioinstitucional.unison.mx>. [Consulta: 2023, octubre 25].
- Ramírez, A. (s/f). Envejecimiento y perspectiva de género. Disponible: [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod\\_resource/content/3/Repositorio\\_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad I/PSM\\_Lectura\\_Envejecimiento\\_y\\_perspectiva\\_de\\_genero\\_060118.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/3/Repositorio_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad I/PSM_Lectura_Envejecimiento_y_perspectiva_de_genero_060118.pdf) [Consulta: 2022, agosto 16].
- Ramírez Rodríguez, J. C. (2005). Madejas entreveradas: Violencia, masculinidad y poder: Varones que ejercen violencia contra sus parejas. Zapopan: Universidad de Guadalajara.
- Ramos-Brieva, J; González, P.; Rodríguez, S.; Botas, C.; Vicente-López, O.; Cordero-Villafafila, A. (2016). Aspectos psicológicos de la recogida de semen en la Reproducción Asistida: ¿dónde están los hombres? I.- las actitudes del personal sanitario. *Revista Psicología.com*, [artículo en línea] 20(3), 1-19.
- Ramos-Brieva, J; González, P.; Rodríguez, S.; Botas, M. (2017). Los sentimientos de los hombres mientras obtienen semen para analizar: Un amplio y sistemático estudio descriptivo. *Psiquiatria.com*, [artículo en línea] 21, 1-26.
- Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA). (2019). Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida. Disponible: [https://redlara.com/images/archivo/2019-JBRA\\_822.pdf](https://redlara.com/images/archivo/2019-JBRA_822.pdf). [Consulta, 2023, septiembre 01].
- Revilla, L. (2012). Trastornos sexuales en pacientes de Reproducción Asistida. Trabajo de grado como requisito para obtener el título de Magister en Biología y Tecnología de la Reproducción. Disponible: [https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/5606/TFM\\_Lorena%20Revilla%20Gutierrez.pdf?sequence=6](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/5606/TFM_Lorena%20Revilla%20Gutierrez.pdf?sequence=6). [Consulta, 2023, agosto 25].

- Riaño galán, I. y Núñez Cubero, M<sup>a</sup>. P. (2004). Mesa Redonda: Coordinación interdisciplinaria de la atención al recién nacido de alto riesgo. Propuestas de actuación. Técnicas de reproducción asistida. Dilemas éticos. *Boletín de Pediatría*, [artículo en línea] 45, 185 – 192.
- Rich, Adrienne. (1976) *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: W. W. Norton, trad. (1996). *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Cátedra.
- Riquelme, M. G. (2006). La maternidad en mujeres infértiles. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Chile. Disponible: <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/190/tpsico209.pdf?sequence=1> [Consulta, 2023, Abril 19].
- Rocha Sánchez, T. E. (2009). Desarrollo de la Identidad de Género desde una Perspectiva Psico-Socio-Cultural: Un Recorrido Conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, [artículo en línea] 43(2), 250-259.
- Rodríguez, R.; Pérez, G. y Salguero, A. (2010). El deseo de la paternidad en los hombres. *Avances en Psicología Latinoamericana*, [artículo en línea] 28(1), 113-123.
- Rodríguez, S. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, [artículo en línea] 2(2), 71-85.
- Romeo Echeverría, A. (2019). Gestación subrogada y movimiento feminista. Una aproximación cuantitativa. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, [artículo en línea] 18, 1-27.
- Romero Chaves, Cristina. (2005). La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa. *Revista de Investigaciones Cesmag*, [artículo en línea] 11(11), 113-118.
- Rosenberg, M. (1982). Psychological selectivity in self-esteem formation. In M. Rosenberg & H. Kaplan (Eds.), *Social psychology of the self-concept*. Arlington Heights, IL: Harlan Davidson.
- Ruiz-Hoyos, B. M. (2020). Evaluación de la reserva ovárica: pasado, presente y futuro. *Revista Med*, [artículo en línea] 28(1), 77–88.

- Rujas, S.; Serrano, P y Martínez, M. (2021). Descubrir la infertilidad: la experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida. *Revista Española de Salud Pública*, [artículo en línea] 95, 1-13.
- Saletti Cuesta, L. (2007). Propuestas teóricas feministas en Relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, [artículo en línea] 7, 169-183.
- Salvá S., P. (2023). Lenguaje, medios de comunicación y violencia de género: Las tres muertes de Marisela Escobedo. *Debate feminista*, [artículo en línea] 33(65), 243-267.
- Sánchez, A. (2005). Las tecnologías de reproducción asistida y sus metáforas. *Arbor: Ciencia, Pensamiento y Cultura*; [artículo en línea] CLXXXI, 523-530.
- Sánchez Benítez, N. (2016). La experiencia de la maternidad en mujeres feministas. *Nómadas*, [artículo en línea] 44, 255 – 267.
- Sanhuesa Morales, T. (2005). De prácticas y significancias en la maternidad, transformaciones en identidad de género en América Latina. *La Ventana*, [artículo en línea] 22, 146 – 188.
- Santamaría Solís, L. (2000). Técnicas de Reproducción Asistida. Aspectos bioéticos. *Cuadernos de Bioética*; [artículo en línea] 41, pp. 37 – 47.
- Sañudo Toca, L. (2014). Consecuencias de la infertilidad/esterilidad en la salud de la mujer. Trabajo de grado para optar al título en enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, Universidad de Cantabria. Disponible: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5195/Sa%C3%B1udoTocaL.pdf?sequence=1>. [Consulta: 2023, abril 20].
- Sau, V. (1995). El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna. Editorial ICARIA, S.A. Barcelona, España.
- Schongut, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, [artículo en línea] 2 (2), 27–65.
- Seguros Caracas, Venezuela. (s/f). Póliza de seguro de salud individual. Anexo de Cobertura de Maternidad. Disponible: <https://www.seguroscaracas.com/portal/Archivos/SuscripcionPersonasIndivi>

[dual/Anexo%20Cobertura%20Basica%20Maternidad.pdf](#). [Consulta: 2023, septiembre 01].

Sen, G.; George, A.; Östlin, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Harvard Center for Population and Development Studies. Organización Panamericana de la Salud.

Serrano, G. (2016). Importancia de la psicología en el tratamiento y desarrollo de las técnicas de reproducción asistida y maternidad subrogada, menester para legislar. En: Barajas, M.; Flores, F.; González, K.; Ramirez, S. (Comp.): *Tendencias clave en las investigaciones sociales sobre la sustentabilidad, la educación y la política*. (pp. 207-216). Colegio de Investigadores en Ciencias Sociales, México.

Serrano La Vertú, D. y Linares Parada, A. M. (1993). Análisis de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Una perspectiva de género. En: Gómez, E. (Comp.): *Género, Mujer y Salud en las Américas*. (pp. 232-241). Organización Panamericana de la Salud.

Serret Bravo, E. A. (2004). Mujeres y hombres en el imaginario social. La impronta del género en las identidades. En: García Gossio, I (Comp.): *Mujeres y sociedad en el México contemporáneo. Nombrar lo innombrable*. (pp. 43 - 71). Tecnológico de Monterrey, México.

Silva, R. (2021). Complicaciones obstétricas y perinatales en mujeres infértiles que se embarazan. *Revista Médica Clínica Las Condes*, [artículo en línea] 32(2), 196-206.

Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, [artículo en línea] 22, 121-157.

Siverino, P. (2012). Una mirada desde la bioética jurídica a las cuestiones legales sobre la infertilidad en el Perú. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, [artículo en línea] 58: 213-219.

Smietniansky, S. (2019). Tiempo, naturaleza y cultura en las Técnicas de Reproducción Humana Asistida. *Avá, Revista de Antropología*, [artículo en línea] 35, 212 – 225.

Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) (2023). Disponible: <https://www.eshre.eu/>.

- Sociedad Española de Fertilidad (SEF). (2022). Registro Nacional de Actividad – Registro de la Sociedad Española de Fertilidad de fecundación in vitro e inyección espermática intracitoplasmática: años 2018 y 2019. Disponible: <https://www.registrosef.com/public/docs/publicaciones/43%20MEDRE%20Registro%20FIV%202018-19.pdf>. [Consulta: 2023, septiembre 01].
- Soriano, M. A. (2006). Fertilización asistida: Problemas éticos. Tesis presentada para la obtención del grado de Doctora en Psicología. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Argentina. Disponible: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.608/te.608.pdf>. [Consulta: 2023, mayo 23].
- Strobl Mazzulla, P. H. (2014). Epigenética y desarrollo embrionario: cambios con consecuencias. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Universidad Nacional de San Martín, Argentina. Disponible: <https://www.conicet.gov.ar/epigenetica-y-desarrollo-embrionario-cambios-con-consecuencias/>. [Consulta: 2023, Abril 19].
- Tao, P.; Coates, R. y Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *Australasian Medical Journal*, [artículo en línea] 4(11):620-627.
- Tarduci, M. (2013). Adopción y parentesco desde la antropología feminista. *La Ventana*, [artículo en línea] 37, 107-145.
- Torres García, I.; Núñez Guerrero, D. y Luna, F. (2008). Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, Costa Rica. [Libro en Línea]. Disponible: [https://www.iidh.ed.cr/iidh/media/1836/reproduccion\\_asistida\\_al-4-2008.pdf](https://www.iidh.ed.cr/iidh/media/1836/reproduccion_asistida_al-4-2008.pdf). [Consulta: 2023, mayo 09].
- Trevizo, A. V. (2014). Dilemas bioéticos en torno a la fertilización in vitro (FIV) y la mujer gestante: hacia la figura de un consejero reproductivo. *Acta bioethica*, [artículo en línea] 20(2), 181-187.
- Trueba Montero, P. (2019). Esterilidad, infertilidad y técnicas de reproducción asistida. Trabajo fin de grado para acceder al título de: grado en enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria. España. Disponible: [https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16525/Trueba\\_MonteroPaula.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16525/Trueba_MonteroPaula.pdf?sequence=1&isAllowed=y). [Consulta: 2023, septiembre 01].

- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra: Maternidad y tecnología. Siglo XXI de España Editores. Madrid, España.*
- \_\_\_\_\_. (1993). Demanda de hijo y deseo de ser madre. *Debate Feminista*, [artículo en línea] 8, 349 – 377.
- \_\_\_\_\_. (1997). *Figuras del Padre. Ediciones Cátedra. Madrid, España.*
- \_\_\_\_\_. (2004). La maternidad en el discurso de las nuevas tecnologías reproductivas. En: De la Concha, A. y Osborne, R. (Comps.): *Las mujeres y los niños primero: discursos de la maternidad*, (pp. 111 – 138). Editorial Icaria, S.A. Barcelona, España.
- Urdapilleta, L. (1999). Psicología en reproducción asistida de alta complejidad. Características de los pacientes, situaciones generadas en los tratamientos y sus modos de abordaje. *Revista de Medicina Reproductiva*, [artículo en línea] 2(2), 76-83.
- Uzcátegui, O. y Toro, J. (2008). Consentimiento informado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, [artículo en línea] 68(1), 1-4.
- Valdés Díaz, C. (2017). El acceso a algunas técnicas de reproducción humana asistida: "Crónica de una vida anunciada". *Revista IUS*, [artículo en línea] 11(39), 1-37.
- Vallejo, V. (2019). Análisis del consentimiento informado al momento de aplicar el método ROPA en parejas de lesbianas en Colombia. Trabajo de grado para optar al título de Magister en Derecho Médico. Universidad Externado de Colombia. Disponible: <https://core.ac.uk/download/pdf/289257623.pdf>. [Consulta: 2023, agosto 18].
- Vantman, D. y Vega, M. (2010). Fisiología reproductiva y cambios evolutivos con la edad de la mujer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, [artículo en línea] 21(3), 348-362.
- Vecslir, L. (2017). Tecnologías de reproducción asistida y género en las sociedades contemporáneas: posicionamientos feministas en torno a la reproducción científica de los cuerpos. En: Área de Género, Sociedad y Políticas (Comp.): *Salud sexual y reproductiva de las mujeres: políticas, concepciones y prácticas en transformación*. (pp. 1-19). Ediciones Sinergias FLACSO Argentina, Serie Tesis de Maestría Vol. 1.

- Veiga, M.C.; Puccio, M.F. y Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, [artículo en línea] 28,79-89.
- Vela Peón, F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En: Tarrés, M. L. (Comp.): *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. (pp. 63–95). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México.
- Vidal Martínez, J. (2019). Acerca de la regulación jurídica de las técnicas de reproducción humana asistida. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, [artículo en línea] 10, 478-513.
- Viera Cherro, M. (2012). Inequidades múltiples y persistentes en el campo de la reproducción asistida. *Revista de Antropología Social*, [artículo en línea] 21, 251-271.
- Weill, V. (2009). Deseo de hijo “asistido” y estructuración subjetiva en una “nueva” familia. Universidad de Belgrano, Facultad de Humanidades, Licenciatura en Psicología. Tesina no publicada. Argentina. Disponible: <http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/211>. [Consulta: 2023, febrero 12].
- Winocur, M. (2012). El mandato cultural de la maternidad. El cuerpo y el deseo frente a la imposibilidad de embarazarse. *Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas*, [artículo en línea] 161(4), 45 – 60.
- Zamora Vásquez, A. F. (2020). El consentimiento informado en las Técnicas de Reproducción Asistida. Respeto a la dignidad humana, autonomía de la voluntad y confidencialidad. *Revista Jurídica Derecho*, [artículo en línea] 9(12), 118-130.
- Zegers-Hochschild, F.; Adamson, G.; De Mouzon, J.; Ishihara, O.; Mansour, R.; Nygren, K.; Sullivan E.; et al. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*; [artículo en línea] 24(11), 2683-7.
- Zegers-Hochschild, F. (2010). Algunas reflexiones éticas en el uso de la tecnología reproductiva. *Revista Médica Clínica Las Condes*, [artículo en línea] 21(3), 469 – 478.

Zhu, H., Shi, L., Wang, R., Cui, L., Wang, J., Tang, M., Qian, H., Wei, M., Wang, L., Zhou, H., & Xu, W. (2022). Global Research Trends on Infertility and Psychology from the Past Two Decades: A Bibliometric and Visualized Study. *Frontiers in endocrinology*, [artículo en línea] 13



## ANEXO A



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del Proyecto:** SOCIO-SIMBOLOGÍA HEGEMÓNICA DEL DISCURSO SOBRE LA INFERTILIDAD Y SU PRAXIS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Binomio mujer/madre: Una anatema de la mujer infértil.

**Investigadora:** Doris Nobrega

**Tutora:** Marbella Camacaro

Estimada participante:

Mediante la presente, Ud. es invitada a participar en un estudio cuya intencionalidad es: *Develar la socio-simbología sobre el ser mujer/madre – mujer/infértil que determina a las mujeres a someterse a procedimientos de fertilización asistida como una praxis para satisfacer la “necesidad” de tener un/a hijo/a propio/a.* Este estudio tiene como propósito exponer el conjunto de significados/significantes subyacentes en el imaginario colectivo sobre la infertilidad, en mujeres con diagnóstico clínico de infertilidad y que se han sometido a cualquier tipo de procedimiento de fertilización asistida.

En este contexto, deseamos solicitarle su participación en el proyecto, lo que se materializará a través de una entrevista en profundidad. Para su conocimiento se puntualiza que su participación es voluntaria y anónima, y que toda la información obtenida es confidencial. La responsable de la conducción de las actividades de investigación es la Lcda. **Doris Nobrega**, autora del proyecto, bajo la tutoría de la Dra. **Marbella Camacaro Cuevas**. Dicho proyecto se realiza como requisito para obtener el grado académico de Doctora en Ciencias Sociales, mención Salud y Sociedad. Si tiene alguna duda o inquietud puede comunicarse por esta vía: [doris\\_nobrega@hotmail.com](mailto:doris_nobrega@hotmail.com) y 0414-4275675.

Riesgos y beneficios: Para las participantes, este estudio no representa ningún riesgo en términos de su integridad. Se trata de una actividad voluntaria que no implica retribución económica por su participación. No es posible prometer beneficios inmediatos, sin embargo, los resultados de esta investigación podrían dar aportes

para que se abra un debate nacional tanto para el desarrollo de políticas públicas de salud como de instrumentos legales en fertilización asistida.

Almacenamiento de los datos para la confidencialidad del proyecto: La entrevista será audio-grabada, previa autorización de las participantes, y transcrita posteriormente. Esta investigación preservará la confidencialidad de su identidad y usará los datos con propósitos estrictamente académicos, codificando la información y manteniéndola en archivos seguros. Solo las investigadoras tendrán acceso a esta información y cualquier reporte o publicación que se genere presentará los datos de manera anónima. En ningún caso se identificarán personas individuales.

Lugar y tiempo involucrado: La entrevista demorará entre 30 y 45 minutos y se llevará a cabo en un lugar acordado entre la participante y la investigadora, en un horario que se acomode a sus necesidades. En caso de requerir información adicional, es posible realizar una nueva entrevista con una duración de tiempo menor.

Uso de los resultados: Los resultados del estudio serán usados para generar nuevo conocimiento en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género, con respecto a los procedimientos de fertilización asistida. Dichos resultados serán empleados para la tesis doctoral, así como también para presentación en conferencias y congresos (nacionales e internacionales) y para publicación en revistas científicas. En cada una de estas instancias se velará por mantener la estricta confidencialidad y privacidad de las participantes.

Derechos de las participantes:

- He leído y discutido la descripción de la investigación con la autora. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del propósito y procedimientos en relación con el estudio.
- Mi participación en esta investigación es voluntaria. Puedo negarme a participar o renunciar a participar en cualquier momento.
- La investigadora puede eliminarme de la investigación bajo su discreción profesional.
- Si en algún momento tengo alguna pregunta relacionada con la investigación o mi participación, puedo contactarme con la Lcda. Doris Nobrega, quien responderá mis preguntas. El teléfono de la investigadora es 0414-4275675 y su correo electrónico es [doris\\_nobrega@hotmail.com](mailto:doris_nobrega@hotmail.com)
- Recibo una copia del presente consentimiento informado.
- Mi firma significa que estoy de acuerdo con participar en este estudio y que la entrevista sea grabada en audio.

Yo, \_\_\_\_\_  
(nombre completo)

Estoy de acuerdo en participar en el estudio titulado SOCIO-SIMBOLOGÍA HEGEMÓNICA DEL DISCURSO SOBRE LA INFERTILIDAD Y SU PRAXIS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Binomio mujer/madre: Una anatema de la mujer infértil.

El propósito y naturaleza del estudio me ha sido descrito por la investigadora, Lcda. Doris Nobrega. Comprendo lo que se me solicita y también sé que puedo hacer las consultas que estime pertinentes. Sé que puedo contactarme con la investigadora en cualquier momento. También comprendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento.

Firma de la participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_