



Infertilidad e Infecundidad:
Acceso a las Nuevas Tecnologías Conceptivas*

Debora Diniz
Rosely Gomes Costa

* Una versión modificada de este artículo fue discutida en el “Seminario Regional Salud Sexualidad y Diversidad en América Latina” en Lima, Perú, en febrero de 2005. Las autoras agradecen los comentarios de Ana Cristina González Vélez, Florencia Luna, Marilena Corrêa, Marlene Tamanini y Naara Luna.

Debora Diniz. Brasil. Doctora en Antropología, profesora de la Universidad de Brasilia e investigadora del Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género (ANIS).

Rosely Gomes Costa. Brasil. Doctora en Ciencias Sociales, profesora de Antropología de la Universidad Estatal de Campinas.

Infertilidad e Infecundidad: Acceso a las Nuevas Tecnologías Conceptivas

¿Qué hace a una mujer elegible para las nuevas tecnologías conceptivas? ¿la infertilidad o la infecundidad? ¿el deseo de hijos es razón suficiente para garantizar el acceso a las técnicas conceptivas o es necesaria una explicación médica para la infertilidad como condición de posibilidad para el acceso? La cuestión del acceso ha sido un debate olvidado en Latinoamérica, en especial en la última década, cuando hubo un enorme crecimiento de las clínicas de reproducción asistida¹. Había una presunción de que el discurso biomédico sería suficiente para definir los criterios de elegibilidad. Ingenuamente se presumía que solamente mujeres y hombres infértiles –es decir, aquellos con restricciones físicas de fertilidad– buscarían la Medicina Reproductiva para procrear.

Infertilidad e infecundidad son expresiones de distintos fenómenos, aunque en el campo de las tecnologías reproductivas sean dos conceptos íntimamente conectados. La infecundidad es la ausencia de hijos. Una mujer, un hombre o una pareja infecunda es la que no tiene hijos. La infecundidad puede ser involuntaria o voluntaria. En el primer caso, la ausencia de hijos es parte de un proyecto personal o conyugal y no se muestra como un problema biomédico. Por su lado, la infecundidad involuntaria es aquella comúnmente traducida en términos biomédicos como sinónimo de infertilidad. Pero es necesario dejar claro que ni siempre una mujer, un hombre o una pareja involuntariamente infecunda presentan restricciones clínicas de fertilidad, ni es siempre que se descubren las causas de la infecundidad involuntaria. Así, a pesar de que la Medicina Reproductiva se postula como un campo de tratamiento de la infertilidad, su principal garantía es la de solucionar por medio de las tecnologías reproductivas la infecundidad involuntaria mediante la producción de bebés. Esa frontera entre infecundidad e infertilidad es de especial importancia para la comprensión del fenómeno moral que está siendo protegido por las leyes, normas y protocolos médicos en diferentes países latinoamericanos.

Fue solamente con el inicio del debate legislativo en diferentes países de la región que el tema de la elegibilidad fue seriamente enfrentado como una de las cuestiones centrales para la reglamentación del uso y acceso a las tecnologías². En esta transformación de un asunto médico en una cuestión política, el foco de atención también se modi-

¹ ZEGERS-HOCHSCHILD, F., "The Latin American Registry of Assisted Reproduction", en: VAYENA, E., Rowe P. J., Griffin P. D., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, WHO, Ginebra, 2002, pp. 355-362.

² DINIZ, D. y Buglione S., *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*, LetrasLivres, Brasília, 2002.

ficó. Si en la década de los años 90 la gran cuestión alrededor de estas tecnologías era sobre la bioseguridad de los procedimientos, en el nuevo siglo la controversia es eminentemente moral³. Por un lado el tema de la manipulación precoz del embrión y del descarte embrionario y , por otro, la posibilidad de que personas solas y homosexuales puedan tener poder acceso a las técnicas ha provocado una intensificación del debate público⁴.

La tranquilidad médica inicial de que solamente personas infértiles serían elegibles para las técnicas traía consigo la premisa moral de que solamente personas heterosexuales en relación de pareja buscarían la Medicina Reproductiva⁵. De hecho, varios servicios públicos de tratamiento de infertilidad como, por ejemplo, en Brasil, Holanda o Egipto suelen tener criterios para la inclusión en el tratamiento; los que van desde una edad límite para la mujer –alrededor de los 38 años– hasta la exigencia de relación estable con compañero fijo⁶. La justificación es que, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esterilidad es la incapacidad de una pareja para lograr el embarazo después de un periodo de un año de relaciones sexuales sin protección contraceptiva⁷. Se estima que el 80 por ciento de las mujeres quedan en estado de gestación al tener relaciones sexuales sin uso de medios contraceptivos y otro 10 por ciento lo conseguirá en el segundo año, bajo las mismas condiciones; mientras el porcentaje restante se asume que tienen problemas de esterilidad.

Por esa definición, mujeres y hombres solos –independientemente de sus orientaciones sexuales– o parejas homosexuales, estarían impedidos de tener acceso a los servicios públicos al no estar comprendidos en esta definición de esterilidad⁸. La situación clásica prevista por la definición de la OMS y ampliamente adoptada por los servicios de salud en Latinoamérica es la de una pareja de heterosexuales que , después de incontables tentativas de embarazo sin éxito y con un largo itinerario terapéutico, encontraría en la tecnologías conceptivas la solución para la infecundidad involuntaria. El deseo de hijos sería el motivo suficiente para el acceso a estas tecnologías, pero siempre que sea el deseo de hijos de una pareja heterosexual. Habría una superposición entre infertilidad e infecundidad: la ausencia de hijos condujo a una investigación médica que terminó por justificar el uso de las técnicas reproductivas. El objetivo de las técnicas no era directamente solucionar la restricción de la fertilidad, sino garantizar la producción de un bebé⁹.

³ LUNA, F., "Assisted Reproductive Technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues", en: VAYENA, E., Rowe, P. J., Griffin, P. D., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, WHO, Ginebra, 2002, pp. 31-40.

⁴ DINIZ D., "Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro", en: *Jornal Brasileiro de Reprodução Humana Assistida* 7(3), 2003, pp. 10-19.

⁵ Hay casos de personas, en general parejas heterosexuales, que buscan las tecnologías reproductivas para la realización del diagnóstico pre-implantatorio del embrión, particularmente en los casos de malformaciones genéticas y hereditarias.

⁶ COSTA, R. G., *Concepção de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*, Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Estatal de Campinas, 2001; GUPTA, J. A., *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy: freedom or dependency?*, Sage Publications, Nueva Delhi/Londres, 2000; INHORN, M., *Local Babies, Global Science: gender, religion and in vitro fertilization in Egypt*, Routledge, Londres, 2003.

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD apud HARDY, D.G.F., *Avaliação de dois protocolos de desenvolvimento folicular para fertilização assistida*, 1993, Disertación de Maestrado en Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Campinas.

⁸ COSTA, R. G., *op. cit.*, 2001.

⁹ BECKER, G., "Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease", *Sociology of Health and Illness*, vol. 14, N° 4, 1994, pp. 456-471; BECKER, G., *The Elusive Embryo: how women and men approach new reproductive technologies*, University of California Press, Berkeley, 2000; CORRÊA, M., *Novas Tecnologias Reprodutivas: Biologia Sem Limites ou Limites da Biologia?*, EDUERJ, Rio de Janeiro, 2001.

La figura de la pareja como el foco de las atenciones no sólo fue parte de un acto técnico de cuidado biomédico, sino esencialmente un acto moralizador en el campo de la sexualidad y de la reproducción. En muchos casos, la figura de la pareja infértil no existe, lo que hay es la pareja infecunda, es decir, una pareja que busca hijos biológicamente vinculados. O incluso personas solas infecundas en busca de un hijo con vínculos biológicos. El origen de la infertilidad muchas veces es desconocido, inclusive después de incontables investigaciones biomédicas. El diagnóstico de “infertilidad sin causa aparente” no sólo es parte del vocabulario médico oficial, sino también el de muchas mujeres y hombres, en tanto justificación para la ausencia de hijos¹⁰. Son raras las situaciones en que tanto la mujer como su compañero presentan restricciones clínicas de fertilidad. Por regla general, los límites físicos están en el cuerpo de solo uno de los miembros de la pareja, aunque gran parte de los tratamientos en inducciones hormonales ocurra en el cuerpo de la mujer.

Pero si la pareja infértil es una representación moral antes que un diagnóstico médico, ¿por qué su uso es tan recurrente en la literatura biomédica y hasta en las mismas ciencias sociales?¹¹ Este artículo discutirá cómo la reacción y la perpetuación de la categoría pareja infértil sirvió tanto a propósitos políticos de institucionalización de la Medicina Reproductiva como ofreciendo garantías morales de que el acceso a las tecnologías reproductivas estaría restringido sólo a las parejas heterosexuales en situación de conyugalidad¹². Al desnudar las presuposiciones morales de la categoría pareja infértil, el objetivo es discutir en qué medida la naturalización de la heterosexualidad como regla moral para los proyectos de constitución de familia fue lo que ha facilitado la superposición de infecundidad e infertilidad, así como también para limitar el acceso de personas solas u homosexuales a las tecnologías reproductivas.

Las tecnologías reproductivas conceptivas son un conjunto de técnicas biomédicas que buscan concretizar el proyecto de parentalidad biológica de mujeres y hombres involuntariamente infecundos¹³. Algunas de las técnicas más comunes son la reproducción asistida, la fertilización in-vitro y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides. La infecundidad involuntaria fue traducida por varias autoras de las ciencias humanas, en especial las de inspiración feminista, como la ausencia involuntaria de hijos¹⁴. Mujeres y

¹⁰ SANDELOWSKI, M., *With Child in Mind: Studies of the Personal Encounter with Infertility*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1993.

¹¹ Autoras precursoras del campo en las ciencias sociales, como Gay Becker, se refieren a la familia infértil (BECKER, G., *Healing the Infertility Family: Strengthening Your Relationship in the Search for Parenthood*, University of California Press, Berkeley, 1990). En Brasil, Marlene Tamanini también se refiere a la categoría pareja infértil (TAMANINI, M., *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil*, Tesis de Doctorado del Programa Interdisciplinario en Ciencias Humanas, Centro de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003, 363 p.).

¹² Naara Luna sostiene la hipótesis de que la creación de la categoría pareja infértil ha favorecido la definición de fronteras para la Medicina Reproductiva, una forma de marcar su identidad en relación con otros saberes médicos como la Ginecología o la Urología (LUNA, N., *Provetas e Clones: Teorias da Concepção, Pessoa e Parentesco nas Novas Tecnologias Reprodutivas*, Tesis de Doctorado en Antropología – Programa de Post Grado en Antropología Social, Museu Nacional, UFRJ, 2004).

¹³ Según Marilena Corrêa, “...reprodução assistida é o termo médico que descreve um conjunto heterogêneo de técnicas reunidas em torno de um eixo –o tratamento paliativo para situações de esterilidade– mas que... o ultrapassa...” (CORRÊA, M., “Novas Tecnologias Reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas”, en: *Estudos Feministas*, vol. 6, N° 1, 1998, p. 126).

¹⁴ COREA, G., *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, Harper and Row, Nueva York, 1985; GROSSI M., Porto, R. y Tamanini, M., *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*, LetrasLivres, Brasília, 2003; FRANKLIN, S., “Making Miracles: scientific progress and the facts of life”, en: FRANKLIN, S. y Ragoné, H. (eds.), *Reproducing Reproduction: kinship, power, and technological innovation*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1998; GUPTA, J. A., *New Reproductive Technologies, Women’s Health and Autonomy: freedom or dependency?*, Sage Publications, Nueva Delhi/Londres, 2000.

hombres que recurren a la Medicina Reproductiva lo hacen para tener hijos y, en general, después de un largo itinerario terapéutico y de tentativas de embarazo sin intervención médica. Hubo un periodo en que las causas de la infertilidad involuntaria fueron de la mano de los conocimientos *psi*, pero a mediados de los años 70 se asumió como un tema médico de intervención en el cuerpo femenino (y sólo recientemente en el cuerpo masculino)¹⁵.

En muchos casos no hay diagnóstico clínico para la infertilidad. Se parte de la presunción de que la mujer mantiene relaciones sexuales heterosexuales desprotegidas de métodos anticonceptivos y que no consigue quedar embarazada. En realidad, la identificación de la infertilidad como un estado de enfermedad solamente ha surgido después de la instauración del deseo por tener un hijo; es decir, solamente cuando la infertilidad pasa a ser una infertilidad indeseada. El deseo por el hijo asociado a la imposibilidad física de tenerlo hace con que muchas mujeres y hombres se consideren enfermos o discapacitados¹⁶. Por otro lado, hay casos de personas con infertilidad que jamás se identificarán como infértiles –o aun como enfermas–, pues la infertilidad como asunto médico solamente ocurre cuando surge el deseo por tener hijos. Son las personas infértiles que no desean hijos los que evidencian la frontera entre infertilidad e infecundidad involuntaria. Ni tampoco todo cuerpo estéril será sometido a la medicalización por las tecnologías conceptivas; solamente las personas infértiles, para quienes la infecundidad es indeseada, van a buscar el auxilio de la Medicina Reproductiva.

En ese sentido, el principal objetivo de las tecnologías conceptivas no sería revertir o solucionar las posibles causas de una infertilidad que conducen a la infecundidad involuntaria, sino garantizar la producción de un bebé. Solucionar la infecundidad a través de la producción de un niño con lazos biológicos con los genitores es la promesa del resultado de las tecnologías conceptivas. Ese cambio de perspectivas –de la infertilidad a la infecundidad– no se dio sin razón. La Medicina Reproductiva se consolidó como una nueva especialidad médica cuya identidad era antes la de un servicio que la de un tratamiento de salud. A despecho de todas las restricciones de eficacia de las técnicas reproductivas, todavía es más fácil producir un bebé que identificar, tratar o curar las causas físicas de la infertilidad en mujeres y hombres. Hay una parte significativa de los casos de infecundidad involuntaria para los cuales no están identificadas las posibles causas de la infertilidad.

Fue en este contexto ambiguo –entre servicio y tratamiento– que la categoría pareja infértil resultó estratégica. Con pocas excepciones, la infertilidad no es una condición física de la pareja, pero sí de mujeres y hombres en particular. En casi todos los casos, independientemente del origen de la infertilidad, las intervenciones son realizadas en el cuerpo de la mujer. Transformar la infertilidad en una condición familiar y no en un problema de salud individual fue una estrategia moral que facilitó el compromiso en el tratamiento médico mismo de quien no presentaba cualquier restricción de fertilidad. La idea de que la infertilidad es un problema de la pareja es una herramienta discursiva que

¹⁵ SANDELOWSKI, M., *op. cit.*, 1993.

¹⁶ SANDELOWSKI, M., *Id.*, 1993; BATEMAN, S., “When Reproductive Freedom Encounters Medical Responsibility: Changing Conceptions of Reproductive Choice”, en: VAYENA, E., Rowe P.J., Griffin P.D., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, WHO, Ginebra, 2002: pp. 320-332; RODRIGUES, D., *Socorro, quero ser mãe! Por que justo eu não consigo engravidar?*, Fundação Peirópolis, São Paulo, 1999.

facilita la medicalización de la infecundidad. De lo contrario, otras posibilidades de solucionar la infecundidad podrían ser enunciadas; la más simple de ellas es la sustitución del cuerpo estéril en el proyecto reproductivo.

Pero para que la salida a la infecundidad se mantuviera en la medicina y no en otras instituciones sociales –como la adopción, por ejemplo– fue necesario asumir las tecnologías reproductivas como tratamiento y no simplemente como un servicio de producción de bebés¹⁷. La pretensión de medicalización de la infertilidad retiró del cuerpo estéril el origen de la infertilidad y la rediseñó como una cuestión familiar. La infertilidad no estaba solamente en un tubo obstruido o en la baja producción de espermatozoides, sino en el proyecto familiar de una pareja que no era capaz de concretizar el deseo por hijos sin el auxilio de la medicina. Además de garantizar la consolidación de una nueva especialidad médica en nombre de un proyecto social considerado fundamental –la constitución de la familia– y no meramente de un servicio, el resultado fue que la categoría “pareja infértil” alejó las opciones de lograr hijos originados en familias constituidas sobre bases distintas a las de la pareja heterosexual.

Un análisis superficial de la categoría pareja infértil en la Medicina Reproductiva podría sugerir una cierta plasticidad moral del concepto, incluso por una neutralidad de género. La hipótesis de que, potencialmente, la categoría pareja infértil sería universalista en cuanto a la orientación sexual de las usuarias y usuarios de la Medicina Reproductiva es una estrategia política de negociación en el debate legislativo brasileño, por ejemplo, antes que un indicador de garantías universales de acceso a las tecnologías. En realidad, una comprensión sobredimensionada moralmente de la categoría pareja infértil se vio constreñida por la propia ideología naturalista que garantizó el éxito y consolidación de las tecnologías conceptivas como un tratamiento complementario a la naturaleza. Investigaciones etnográficas entre parejas heterosexuales usuarias de las tecnologías reproductivas muestran que estas también son consideradas como válidas en los casos en que están “dando una ayuda a la naturaleza”, lo que excluye a mujeres y hombres solos y parejas homosexuales¹⁸.

La propuesta moral de las tecnologías conceptivas nunca fue la de producir bebés para todas las personas o parejas que se consideraran involuntariamente infecundas. Una pista que indica cual es la pareja legítimamente infecunda que podría volverse usuaria de las clínicas de reproducción puede ser encontrada en el concepto de naturaleza ampliamente utilizado por la Medicina Reproductiva. Las técnicas reproductivas no se posicionaron como una amenaza a la naturaleza, sino como técnicas complementarias a la reproducción natural¹⁹. La acusación de manipulación de la naturaleza se dirige al manoseo y descarte de los embriones, pero no directamente a la producción de futuros bebés en

¹⁷ CORRÊA, M. V., *op. cit.*, 2001; INHORN, M., *Local Babies, Global Science. Gender, Religion, and In Vitro Fertilization in Egypt*, Routledge, Nueva York, 2003.

¹⁸ HIRSCH, E., “Negotiated limits: interviews in south-east England”, en: EDWARDS, J., Franklin S., Hirsch E., Price F., Strathern M. (eds.), *Technologies of Procreation – Kinship in the age of assisted conception*, Manchester University Press, Manchester, 1993. TAMANINI, M., “Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: bioética, controvérsias. Um Ensaio”, en: *Estudos Feministas*, vol. 12, Nº 1, pp. 73-107; COSTA, R. G., *op. cit.*, 2001.

¹⁹ Marlene Tamanini afirma que “...a intervenção médica cotidiana na reprodução humana parte do pressuposto de que é necessário ajudar a natureza, devolvendo sua capacidade reprodutiva, que está em algum lugar e que necessita ser acordada e ajudada pela ciência ...” [cursivas en el original] (TAMANINI, M., *op. cit.*, 2004).

laboratorio. Al contrario, hasta tal punto la ideología naturalista fue fortalecida con las tecnologías conceptivas que, excepto por la proximidad con el tema del aborto o con el de la clonación terapéutica y reproductiva, la Medicina Reproductiva no ha sido objeto de resistencia del clero católico en la América Latina²⁰.

La idea naturalista aplicada a las técnicas reproductivas puede ser mejor comprendida a través de las nociones euro-americanas de parentesco. Marilyn Strathern enfatiza que, en el contexto de esas nociones, los hechos considerados naturales de la procreación son la relación sexual, la transmisión de los genes y el parto²¹. Las tecnologías reproductivas pueden permitir que uno o más de esos elementos sea evitado o sustituido, pero no modificado o suprimido. En otras palabras, aunque no sea necesaria la relación sexual para la reproducción asistida, el parentesco euro-americano presupone que ésta ha existido y que también se haya instituido la relación heterosexual para establecer el parentesco. Es interesante observar que, a pesar de que las tecnologías reproductivas tienen el poder de propiciar diversas maternidades y paternidades —como es el caso de parejas homosexuales o de mujeres y hombres solos—, el pensamiento euro-americano re-significa ese fenómeno, adecuándolo al binomio padre/madre. Según Érica Souza, las tecnologías reproductivas conservan el modelo considerado natural de procreación, pues las sustancias o personas involucradas tomarían los roles de o sustituirían a otras sustancias o personas consideradas “naturales”²². La intervención tecnológica sustituiría a la relación sexual, la madre de alquiler sustituiría a la madre “verdadera”, lo que se dona sustituiría el óvulo de la madre o el semen del padre; y, de esta manera, siempre habría una sustitución que permitiría la preservación del modelo asumido como natural, mientras que la intervención solamente ajustaría las condiciones físicas.

La idea de que existe una reproducción natural a ser replicada por las tecnologías conceptivas trajo consigo la presuposición de la heterosexualidad de las parejas infértiles. La reproducción natural a ser fortalecida por las clínicas de reproducción no sería simplemente aquella resultante de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide, sino aquella precedida en la alcoba por relaciones heterosexuales estériles. La necesidad de relaciones sexuales anteriores entre la pareja heterosexual es vista por Marilyn Strathern como fundamental para la representación del parentesco euro-americano, en el que se considera que la mujer queda embarazada mediante una relación sexual y el embrión va a desarrollarse independientemente de la participación del compañero, así como de la relación posterior con el padre. No obstante, el tema va más allá de lo biológico²³.

En efecto, en este sistema de parentesco las relaciones necesitan ser constantemente trabajadas, dado que se asume que el componente biológico se desarrolla independientemente de ellas. Es decir, la relación que se ha producido en la concepción puede acabar

²⁰ DINIZ, D., *op. cit.*, 2003.

²¹ STRATHERN, M., *Reproducing the Future. Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*, Manchester University Press, Manchester, 1992.

²² SOUZA, E., *Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade*, Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Estatal de Campinas, 2005.

²³ STRATHERN, M., “Necessidade de pais, necessidade de mães”, en: *Estudos Feministas*, año 3, N° 2, 1995. Aquí la autora hace una comparación con la representación trobriandesa de procreación donde un espíritu ancestral deja embarazada a la mujer y el marido es responsable por alimentar el feto a través de las relaciones sexuales.

si no estuviera protegida por otras relaciones entre la misma pareja, como el matrimonio. Por tanto, el hijo –a pesar de nacer con un padre genético– también necesita de un padre social. Su concepción ha exigido una relación, registrada en sus características, pero él surge como una persona individual con necesidad de relaciones. Es decir, el parentesco euro-americano presupone, según la autora, la formación de relaciones íntimas basadas en la procreación²⁴.

En esta representación de parentesco, la atribución de semejanzas entre los parientes, principalmente entre padres e hijos, aparece como fundamental. En el caso de uso de tecnologías reproductivas con donación de óvulos, por ejemplo, investigaciones etnográficas señalan la importancia de que haya semejanza entre padres e hijos. Esto se verifica en el deseo expreso de las receptoras de óvulos por tener donantes que se les parezcan físicamente; pero también hay exigencias de la legislación del país, o de las normas de los consejos de medicina, que apuntan a favor del parecido físico entre donantes y receptoras de óvulos²⁵.

Así, la búsqueda de la semejanza fenotípica entre padres e hijos en los casos de donación de óvulos y espermatozoides busca aproximar la tecnología al modelo de procreación considerado natural, que es donde esas semejanzas existen. En la representación euro-americana de parentesco, la semejanza con los padres y con los diferentes miembros de la familia es un elemento importante en la formación de la identidad del individuo. El interés en el parecido físico forma parte de la cultura familiar. Pero la atribución de semejanza por parte de la representación del parentesco termina contribuyendo a la construcción de esas semejanzas, en mayor medida que las propias semejanzas podrían servir para construir la representación de paternidad y maternidad. Es decir, las semejanzas aparecen como metáforas del parentesco y no al revés, toda vez que, en cualquier caso, la semejanza está en los ojos del observador²⁶.

Así, aunque la infecundidad y la infertilidad se hayan superpuesto en el proceso de institucionalización de las tecnologías conceptivas, la infertilidad de una relación heterosexual se configura como la presuposición natural que legitima la demanda para la solución de la infecundidad. La pareja infértil es, por lo tanto, la representación de la reproducción natural estéril que busca auxilio de la tecnología para solucionar la infecundidad involuntaria. En este cuadro lógico de complementariedad entre tecnología reproductiva y naturaleza, hay poca amenaza a las moralidades vigentes sobre la reproducción biológica y social con el avance de las tecnologías conceptivas.

Definitivamente, no todas las personas infértiles o infecundas están consideradas para un acceso legítimo a las tecnologías conceptivas. Es seguro que hay una diferencia entre la garantía del acceso y la elegibilidad de las mujeres y parejas en los servicios públicos y privados de salud. La restricción del acceso a las mujeres homosexuales o solas en la medicina pública es más fuerte que en las clínicas privadas, donde la lógica del

²⁴ *Id.*

²⁵ BESTARD, J. y Marre, D., "El cuerpo familiar: personas, cuerpos y semejanzas", *Textos PUG*, 2004; COSTA, R. G., *Reprodução assistida, "raça" e nação: uma comparação entre Brasil e Catalunha*, Relatório de Pesquisa enviado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2005.

²⁶ DELANEY, C., "The meaning of paternity and the virgin debate", en: *Man*, vol. 21, 1986.

mercado abre espacio para una negociación moral mayor en el campo de la sexualidad. Asimismo, en las clínicas privadas habitualmente se acepta la solicitud de mujeres solas o parejas homosexuales bajo la condición de pasar antes por una evaluación psicológica, lo que presume alguna tendencia patológica (o inadecuación para la parentalidad) en el deseo de hijos por parte de esos grupos; ya que el examen psicológico no es requerido en el caso de parejas heterosexuales. De cualquier manera, con el respaldo de tales exámenes psicológicos, los servicios privados vuelven a la lógica del mercado, de la libertad de opción y consumo, y están disponibles para aceptar a esos grupos de personas como usuarios de las tecnologías conceptivas.

Pero como el foco de las atenciones debe ser el fundamento de las políticas públicas de salud, la tensión entre servicio y tratamiento no será pautada por la lógica mercantil de la medicina privada. La tendencia en gran parte de los países de Latinoamérica es restringir el acceso a las personas con diagnóstico clínico de infertilidad, lo que de alguna forma devolvería las tecnologías reproductivas al campo de los tratamientos en salud y no solamente como un servicio de producción de bebés. El discurso predominante es que el derecho de constituir familia debe ser considerado un derecho reproductivo fundamental y, por lo tanto, garantizado y promovido por el Estado²⁷. Recientemente, el Ministerio de Salud brasileño anunció que las tecnologías conceptivas formarán parte de una política universal prioritaria de planificación familiar²⁸. Esta posición representa no sólo una nueva perspectiva de los países en desarrollo para garantizar la reposición de la población ante la caída en la tasa de fecundidad y el creciente envejecimiento poblacional, sino que también es una demostración de la fuerza de la institucionalización de la Medicina Reproductiva en promover la solución de la infecundidad involuntaria vía la medicalización de la reproducción.

Pero así como hay un movimiento creciente para redefinir las tecnologías conceptivas como un tratamiento de salud basado en la garantía de un derecho fundamental —el de constituir familia—, por otro lado, dada la imposibilidad de diagnosticar todas las causas de infertilidad, el diagnóstico de infertilidad sin causa aparente dejaría una puerta abierta para la renegociación de las tecnologías como un servicio potencialmente universal; es decir, para todas las personas con infecundidad involuntaria, independientemente de la existencia o no de un cuerpo estéril. El diagnóstico de infertilidad sin causa aparente es enunciado todas las veces que la causa de la infecundidad involuntaria no es localizada en el cuerpo de la mujer o del hombre en tratamiento por la Medicina Reproductiva. No hay señal o síntoma de esterilidad en el cuerpo: el único indicador de la enfermedad es la infecundidad involuntaria garantizada por la presunción de la heterosexualidad de la pareja infértil. En consecuencia, el diagnóstico de infertilidad sin causa aparente —antes que ser solamente una estrategia diagnóstica temporal de la Medicina Reproductiva para controlar lo desconocido—, es una categoría que, por estar asentada en la ideología naturalista que presenta las tecnologías conceptivas como un perfeccionamiento de la reproducción en la alcoba, presupone la heterosexualidad de la pareja infértil.

²⁷ DINIZ, D. y Buglione, S., "Debate", en: DINIZ, D. y Buglione, S., *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*, LetrasLivres, Brasília, 2002, pp. 81-92.

²⁸ COLLUCCI, C., "Fertilização In Vitro", *Folha On Line*, 3 de febrero de 2005.

El cruce de la presuposición de la heterosexualidad con el diagnóstico de infertilidad sin causa aparente abre espacio para una ambigüedad estratégica en la identidad de la Medicina Reproductiva que ora se define como un servicio, ora como un tratamiento de salud. No hay ninguna garantía de que la pareja infértil diagnosticada con infertilidad sin causa aparente sea de hecho una pareja heterosexual, pues no es parte de la rutina de tratamiento de la Medicina Reproductiva acompañar el acto sexual de sus usuarios para comprobar el coito. Lo que los usuarios relatan y presentan es la rutina de relaciones sexuales, los diarios de control de temperatura o el seguimiento de la ovulación por medio de ecografías. Y, por encima de todo, son portavoces de un relato angustiada de infecundidad involuntaria²⁹.

Esa infecundidad involuntaria aparece como un problema que afecta tanto la masculinidad como la feminidad, aunque de manera distinta. Por un lado, al asociarse comúnmente la infecundidad masculina con la impotencia, el no conseguir tener hijos constituye una amenaza a la virilidad. Mientras que para las mujeres, la infecundidad amenaza su feminidad porque les impide cumplir su vocación “natural” de madre. Así, la infecundidad es un elemento que puede poner (aunque por vías distintas) tanto la masculinidad como la feminidad en los niveles más bajos de la escala jerárquica entre lo masculino y lo femenino³⁰. En ese sentido, la presunción de la pareja reproductiva heterosexual también reafirma nociones de género convencionales que asocian masculinidad con potencia sexual y feminidad con maternidad.

Pero en el proceso de construcción del diagnóstico de las causas médicas de la infecundidad, la existencia del coito no es comprobada en los tratamientos: basta la presunción de la heterosexualidad de la pareja infértil. Eso no significa que deba ser incluida en la rutina médica una averiguación del coito heterosexual como un requisito para el acceso al tratamiento y para la elegibilidad al diagnóstico de infertilidad sin causa aparente. Al contrario, la plasticidad del concepto de infertilidad sin causa aparente es solamente una demostración de la medida en que esas tecnologías están puestas al servicio de una moralidad heterosexual, en la que basta su enunciación para que los recursos médicos sean redefinidos como un servicio de producción de bebés para solucionar la infecundidad involuntaria. Sin embargo, al ser confrontada con la infecundidad involuntaria de mujeres solas u homosexuales, por ejemplo, la identidad de tratamiento de salud pasa a ser soberana: se alega que mujeres solas u homosexuales no viven necesariamente en un cuerpo estéril y, por lo tanto, no hay cómo justificar el acceso a las técnicas³¹. Frente a la amenaza moral de que otras formas de expresión de conyugalidad o de parentalidad se expresen por medio de la Medicina Reproductiva, la exigencia de un diagnóstico preciso para la infertilidad pasa a ser el mecanismo de control del acceso. En ese momento, no son más técnicas al servicio de un sueño —el de la producción de bebés— ni tampoco se apela al derecho fundamental de constituir familias. Frente a la amenaza moral de la

²⁹ RODRIGUES, D., *op. cit.*, 1999.

³⁰ COSTA, R. G., “Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos”, *Cadernos Pagu* 2011/2001, N° 17/18.

³¹ El caso de los hombres solas u homosexuales es más complejo, pues para garantizar el acceso es necesaria la reglamentación de la gestación de sustitución (DINIZ, D., *op. cit.*, 2003).

parentalidad homosexual, las tecnologías conceptivas se presentan como un tratamiento de salud para cuerpos estériles³². Y, en este raciocinio naturalista, la única enfermedad de mujeres lesbianas o solas es no presentarse como una pareja infértil; es decir, sin la garantía de la heterosexualidad conferida por la relación con un hombre.

Algunas autoras feministas ya demostraron cuán comprometida está la institucionalización de las tecnologías conceptivas con la garantía de la presencia masculina en la reproducción biológica³³. Verena Stolke considera que las nuevas tecnologías reproductivas acaban por reforzar las desigualdades entre hombres y mujeres, beneficiando el deseo de los hombres de tener hijos biológicamente suyos a través de la manipulación del cuerpo femenino³⁴. Este argumento de la alienación del cuerpo femenino al imperativo de la maternidad fue extensamente discutido por las primeras autoras feministas que trataron del tema de las tecnologías conceptivas en los años 80 y 90³⁵. El argumento todavía hoy inquietante es sobre la tensión ética provocada por la oferta de los servicios de la Medicina Reproductiva: si, por un lado, las tecnologías conceptivas pueden ser comprendidas como una tecnología a servicio de un proyecto social fundamental –el de constituir familia–, por otro lado, también pueden ser entendidas como un imperativo moral para las mujeres heterosexuales en relación estable con hombres.

En realidad, la ideología naturalista de la reproducción pautada en la heterosexualidad es protegida por las tecnologías conceptivas al requerir la presencia masculina en la reproducción. La exigencia moral es el cumplimiento de las convenciones de género asentadas en el discurso sobre lo natural; donde, de la misma manera que óvulos y espermatozoides son necesarios para la fecundación, mujeres y hombres son necesarios para la reproducción social. En este sentido, el diagnóstico de infertilidad sin causa aparente podría ser una puerta abierta para la negociación de la infecundidad involuntaria y no estrictamente del cuerpo estéril como criterio de elegibilidad a las técnicas. Sin embargo, el debate político de los años 2000 no se viene desarrollando de esta manera en algunos países de Latinoamérica, donde la tendencia es a restringir el acceso a parejas heterosexuales.

Pero dada la mayor sensibilidad ética y política internacional sobre la conyugalidad y parentalidad homosexual, las estrategias políticas para prohibir el acceso de homosexuales o parejas homosexuales a las técnicas reproductivas es bastante sutil. Algunas de esas estrategias, en la frontera con los conocimientos jurídicos, resuelven varias dificultades morales en conjunto. La prohibición de donación de esperma, por ejemplo, es una restricción bastante común en los países de tradición musulmana. Otro es la previsión del derecho al reconocimiento de los orígenes genéticos; es decir, el derecho del futuro niño generado por tecnologías conceptivas a solicitar la identidad del donante de esperma

³² CORRÊA, M., *A tecnologia a serviço de um sonho. Um estudo da reprodução assistida no Brasil*, Tesis de Doctorado, Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

³³ SHERWIN, S., *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*, Temple, Filadelfia, 1992 (ver Part II, 6: "New Reproductive Technologies").

³⁴ STOLKE, V., "New reproductive technologies: the old quest for fatherhood", *Reproductive and Genetic Engineering*, 1(1), 1988.

³⁵ COREA, G., *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, Harper & Row, Nueva York, 1985; DENNY, E., "Liberation or Oppression? Radical Feminism and in vitro fertilization", en: *Sociology of Health and Illness*, vol. 16, 1994, pp. 62-80.

cuando alcanza la mayoría de edad. Estos son algunos ejemplos de cómo el derecho podría restringir, por otras vías argumentativas, una posible universalización del derecho a constituir familia por medio de las tecnologías conceptivas³⁶.

La simple amenaza de que la quiebra del secreto pueda ser una posibilidad jurídica termina por eliminar cualquier posibilidad de donación anónima solidaria, dada la amenaza de un futuro proceso judicial de reconocimiento de paternidad. Esa simple restricción, aparentemente técnica, resuelve de inmediato dos controversias morales. La primera, la del acceso de mujeres solas u homosexuales, pues estas necesitan del recurso al banco de esperma. La segunda, la que supone que la donación heteróloga es una forma de adulterio, tal como es sostenido por algunas religiones como la católica, o una forma impura de reproducción, como sugiere la religión musulmana³⁷.

En este cuadro político poco sensible a la pluralidad moral, la tendencia es que la ambigüedad entre tratamiento y servicio —en términos médicos, entre infertilidad e infecundidad— no va a facilitar la universalización del acceso a las técnicas conceptivas y, consecuentemente, no ampliará el espectro de personas que legítimamente buscan la medicina para solucionar la experiencia de la infecundidad involuntaria. Las tecnologías conceptivas se vienen constituyendo en un campo protector de la ideología naturalista y de la moral heterosexual para la constitución de familias y el ejercicio de la parentalidad, valores expresados en la categoría pareja infértil. Esta misma ambigüedad, sin embargo, podría ser uno de los instrumentos políticos de negociación para promover y asegurar un cambio de valores y prácticas que, rápidamente, se procesan en nuestras sociedades.

La reproducción social amparada en la reproducción biológica y no en el derecho de constituir familia es una organización social fundamental y uno de los puntos de la lucha política de los homosexuales. Lo curioso es que la medicalización de la infecundidad, en vez de potenciar la reproducción biológica como un instrumento de cambio moral para la reproducción social, se presenta como un poderoso instrumento de refuerzo de la moral heterosexual y de patrones de constitución de familia asentados en premisas naturalistas de lo femenino y lo masculino. En ese sentido, el potencial de cambio traído por las tecnologías conceptivas en relación con la reproducción y la sexualidad viene redundando muchas veces en la afirmación de nociones convencionales de género.

³⁶ INHORN, M., *op. cit.*, 2003.

³⁷ *Id.*